

Dissertation

Die Episiotomie in der akademischen Diskussion- eine Analyse deutschsprachiger Doktorarbeiten 1885 -1996

Zur Erlangung des akademischen Grades Doctor medicinae (Dr. med.)

Aus der Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe der Medizinischen Fakultät der Charité –
Universitätsmedizin Berlin

Constance Nahlik, geb. Arendt aus Dessau

Dekan: Prof. Dr. med. Martin Paul

Gutachter: 1. Priv. Doz. Dr. med. M. David

2. Prof. Dr. Th. Schnalke

3. Prof. Dr. med. K. Vetter

eingereicht: Mai 2006

Datum der Promotion: 14. Juli 2006

Abstract deutsch

Einleitung: Ein Eingriff, der in der heutigen Zeit sehr häufig angewandt wird, gleichzeitig aber Thema einer kontroversen wissenschaftlichen Debatte ist, ist die Episiotomie.

Methode: Dieser Untersuchung liegt eine qualitative Analyse von 39 Dissertationen im Fach Gynäkologie und Geburtshilfe zu Grunde, die im Zeitraum zwischen 1885 und 1996 an deutschen Hochschulen und Universitäten zum Thema Episiotomie veröffentlicht wurden. Die Doktorarbeiten wurden anhand eines Fragerasters untersucht und die Ergebnisse in Tabellenformaten zusammengefasst.

Ergebnisse: Es ist festzustellen, dass eine Entwicklung weg von den Indikationen „Missverhältnis“ und „Prophylaxe des Dammrisses“ hin zu sehr zahlreichen und verschiedenartigen Indikationen stattgefunden hat. Details der Schnittführung werden ab 1927 so intensiv und breit diskutiert, dass dieser Punkt bis in die heutige Zeit als der Diskussionspunkt um die Episiotomie überhaupt gelten kann.

Diskussion: Die Diskussion und Interpretation der Ergebnisse erfolgte nach den von Fleck postulierten Annahmen von Denkstilen, Denkkollektiven und systemimmanenten Fragestellungen der Forschenden. Ausgehend davon wurde der Untersuchungszeitraum in drei Abschnitte unterschiedlicher wissenschaftlicher Prägung unterteilt.

Schlussfolgerung: Die Forschungsgegenstände, Forschungsergebnisse und auch die Interpretationen sind zeitabhängig. Eine jede Arbeit muss im Kontext ihrer Entstehungsgeschichte betrachtet werden. Somit ist jeder Forschende in zweierlei Hinsicht ein Abhängiger: Er produziert die Wissenslandschaft seiner Zeit, aber er reproduziert sie auch.

Episiotomie, Wissenschaftstheorie, Wissenschaftsgeschichte, Geburtshilfe, Ludwik Fleck

Abstract english

Introduction: The episiotomy is an operation applied frequently, at present, and at the same time it is a topic of a scientific controversy.

Methods: This treatise is based on a qualitative analysis of 39 doctoral thesises of obstetrics and gynecology published in the period between 1885 and 1996 at German universities and medical academies concerning the topic of episiotomy. The thesises are analyzed by means of a pattern of questions. The results are summarized in tables.

Results: The described indications change from „disproportion“ and “prophylaxis of the rupture” to various indications.

Details of the direction of the cut are discussed intensively and widely, since 1927. Nowadays this is the most important point of discussion in the community.

Discussion: The discussion and interpretation of the results is based on Ludwik Fleck's postulates of thought styles, thought communities and system inherent questions of the scientists. Proceeding from this theory the mentioned period is divorced in three phases of different scientific characters.

Conclusion: The objects, results and interpretation of research depend on the scientific period. Every treatise has to be considered in the context of its genesis. Every scientist creates and reproduces the knowledge and the ideas of his time.

Episiotomy, Theory of Science, History of Science, Obstetrics, Ludwik Fleck

„Denn wie wir es mit dem Möglichen halten - denkend, sprechend, schreibend und handelnd- ist schließlich keine geringe Frage.“

Birgit Griesecke: Networking. Mögliche Verknüpfungen im epistemischen Raum; Bemerkungen zu Workshop, Werkstatt und Ausstellung. In: Birgit Griesecke (Hrsg.) ...was überhaupt möglich ist - Zugänge zum Leben und Denken Ludwik Flecks im Labor der Moderne. Materialien zu einer Ausstellung. Max-Planck-Institut für Wissenschaftsgeschichte, 2002

1	EINLEITUNG.....	7
1.1	Allgemeine Einleitung.....	7
2	REZEPTIONSGESCHICHTE DER EPISIOTOMIE	9
3	METHODIK	12
3.1	Allgemeine Bemerkungen zur Methodik	12
3.2	Dissertationen als lebendiger Spiegel der akademischen Debatte.....	12
3.3	Kriterien für die Auswahl der Dissertationen	14
3.4	Der Aufbau des Fragerasters	14
3.5	Wissenschaftstheoretische Anmerkungen.....	16
3.5.1	Ludwik Flecks Einführung in die Lehre vom Denkstil und Denkkollektiv	16
3.5.2	Leben und Werk Ludwik Flecks	17
3.5.3	Einordnung von Ludwik Fleck in die wissenschaftstheoretische Forschung	17
3.5.4	Begründung für die weitere Verwendung seiner Thesen	18
3.5.5	Konkretisierung des Fleck'schen Systems in Bezug auf das Forschungsfeld	19
4	AUSWERTUNG DER DISSERTATIONEN UND ERLÄUTERUNG DER ERGEBNISSE	21
4.1	Allgemeines zur Arbeit	21
4.1.1	Titel der Arbeiten	21
4.1.2	Jahr der Veröffentlichung.....	24
4.1.3	Ort der Veröffentlichung.....	25
4.1.4	Betreuender Hochschullehrer	26
4.1.5	Verwendung von statistischen Erhebungen	26
4.1.6	Literaturverzeichnis.....	27
4.1.7	Inhaltsverzeichnis.....	28
4.2	Aussage zur Geschichte der Episiotomie	28
4.3	Allgemeine Aspekte der Episiotomie	29
4.3.1	Indikationen.....	29
4.3.2	Argumente für das Schneiden einer Episiotomie	31
4.3.3	Argumente gegen einen Schnitt	35
4.3.4	Suche nach dem günstigsten Zeitpunkt für den Schnitt	38
4.4	Diskussion der Schnittrichtung.....	39
4.4.1	Erläuterung der Begriffe.....	39
4.4.2	Die Argumente	40
4.5	Zur beschriebenen Praxis in der Klinik.....	46
4.5.1	Indikationen.....	47

4.5.2	Häufigkeit der Anwendung der Episiotomie.....	48
4.5.3	Schnitttrichtung der Episiotomie in der Praxis.....	49
4.5.4	Technik der Schnittführung und Instrumente.....	51
4.5.5	Zeitpunkt des Schnittes während der Geburt.....	52
4.5.6	Aussagen zur Naht der Episiotomie	52
4.6	Einschätzung der Autoren der untersuchten Arbeiten zur Episiotomie.....	53
4.7	Spezielle Aspekte ausgewählter Arbeiten.....	55
5	DISKUSSION	57
5.1	Untersuchung der Forschungsergebnisse im Hinblick auf die eingeführten Begriffe. 57	
5.1.1	Zusammenfassung der Ergebnisse in Bezug auf die Denkstile.....	57
5.1.2	Schlussfolgerungen in Bezug auf die Denkstile	58
5.1.3	Probleme.....	59
5.1.4	Einsatz von Methoden als Erkenntnismittel und daraus abgeleitete evidente Urteile..	60
5.1.5	Grenzen der Untersuchung	61
5.2	Nähere Charakterisierung der Zeiträume	61
5.2.1	Zeitraum der vorsichtigen Prophylaxe	61
5.2.2	Zeitraum des optimistischen Aktionismus	69
5.2.3	Zeitraum der individuellen Abwägung.....	70
6	ZUSAMMENFASSUNG	73
	ANHANG	75
	PRIMÄRLITERATURVERZEICHNIS:	80
	LISTE DER IN DIE UNTERSUCHUNG NICHT AUFGENOMMENEN ARBEITEN:	81
	SEKUNDÄRLITERATURVERZEICHNIS:	83
	EIDESSTATTLICHE ERKLÄRUNG	90
	LEBENS LAUF	91

1 Einleitung

1.1 Allgemeine Einleitung

Geburt und Tod sind die beiden Ereignisse, die ein Menschenleben umschließen. Die Geburt ist damit ein Vorgang, der sowohl eine große gesellschaftliche als auch persönliche Bedeutung erlangt. Diese doppelte Gestalt wird immer wieder von neuem thematisiert: das Kind als Garant für das Fortbestehen der Gesellschaft und das Kind als Individuum; die Frau als Mensch mit reproduktiven Fähigkeiten und die Frau als fühlendes und denkendes Wesen; die Geburt als gesellschaftliche Notwendigkeit und die Geburt als emotionales Erlebnis.

Geschichte ist die Aufzeichnung und Interpretation von Veränderungen, so auch die Geschichte der Geburtshilfe: Im Mittelalter stellten die Geburt und alle damit zusammenhängenden Vorgänge reine Frauenangelegenheiten dar. Somit wurden auch nur Frauen mit der Hilfe unter der Geburt betraut. Die gesellschaftlichen Institutionen versuchten wertorientiert einzugreifen, indem Hebammenordnungen erlassen wurden. Später wuchs das Interesse auch der männlichen Heilkundigen an diesem Thema und die ersten ärztlichen Geburtshelfer versahen ihren Dienst. Schließlich wurde die Geburtshilfe in den Kanon der ordentlichen Lehrfächer an den medizinischen Fakultäten aufgenommen. Ebenso erfuhr der Vorgang der Geburt eine Aufnahme in die Institution Krankenhaus, es wurden eigene „Kreißsäle“ eingerichtet, in denen die Frauen unter der Geburt medizinisch betreut werden konnten. Die Hausgeburtshilfe wich dem Streben nach Sicherheit und Planbarkeit. In der postmodernen Gesellschaft rücken die Bedürfnisse und Ansichten der einzelnen Frau mehr ins Bewusstsein. Somit sind auch die Möglichkeiten der Gestaltung des Geburtsvorganges vielfältiger geworden.

Der skizzierte Wandel ist jedoch nicht nur an den äußeren Gegebenheiten abzulesen, sondern auch in der inhaltlichen Ausrichtung der Geburtshilfe wiederzufinden. Unter den einfachen und begrenzten Mitteln der mittelalterlichen Hausgeburtshilfe spielte der Erhalt des mütterlichen Lebens die herausragende Rolle. Je vielfältiger und wirksamer medizinisches Eingreifen möglich war, um so mehr richtete sich das Augenmerk auch auf das Überleben des Kindes. In der postmodernen Geburtshilfe nun kann auch Rücksicht auf die individuellen Bedürfnisse von Mutter und Kind genommen werden. Eine zerstückelnde Operation des Kindes zur Rettung der Mutter ist heute beispielsweise kaum noch akzeptabel. Umgekehrt wäre ein Wunschkaiserschnitt im ausgehenden 18. Jahrhundert weder dem Geburtshelfer noch der entbindenden Frau vorstellbar gewesen. So lassen sich viele Beispiele für revolutionäre Neuerungen und wieder verlassene Behandlungsmethoden finden. Immer muss nach dem gesellschaftlichen und medizinischen Kontext der jeweiligen Methode gefragt werden. Anders sind Entwicklungen und Veränderungen nicht verständlich.

Ein Eingriff, der auch in der heutigen Zeit sehr häufig angewandt wird, gleichzeitig aber Thema einer kontroversen wissenschaftlichen Debatte ist, ist die Episiotomie. Die Diskussion ist dabei so alt wie der Eingriff selbst. Auseinandersetzungen wurden auf allen Ebenen geführt. Beteiligt an der Diskussion sind im Falle des Dammschnittes nicht nur die Operateure, sondern auch die Hebammen und mehr und mehr die entbindenden Frauen selbst. Zudem haben sich im Lauf der Jahre die Rahmenbedingungen der Operation gewandelt. Es hat sich nicht nur die Geburtshilfe als eigenes Fachgebiet etabliert, sondern es wurden solch entscheidende Faktoren wie Antibiotika, esorbierbares

Nahtmaterial und die Entbindung in einer Klinik eingeführt. All dies fließt in die Debatte um das Für und Wider und das Wie dieses Schnittes ein.

Ziel dieser Dissertation ist es nun, eine Seite dieser Debatte - nämlich den Diskurs in medizinischen Dissertationen - darzustellen und zu analysieren. Diese Analyse beschränkt sich bewusst auf die Hochschulschriften als einen sehr lebendigen Spiegel der jeweils aktuellen akademischen Auseinandersetzung und klinischen Praxis. Hochschulschriften sind in ihrer Intention, Argumentation und Rezeption weniger behäbig als Lehrbücher. Sie liegen jedoch, anders als der wissenschaftliche Vortrag, innerhalb des Wirkungskreises des geschriebenen Wortes und folgen der anerkannten Reglementierung in Ausdruck und Form. Es wird postuliert, dass alle Arbeiten einem wissenschaftsgeschichtlichen Zeitgeschmack unterliegen und diesen auch widerspiegeln.

Zur Auswahl der Arbeiten wurde im Katalog der Hochschulschriften nach den Themen Dammschnitt, Dammriss und Episiotomie im Zeitraum von 1886 bis 1996 gesucht. Von allen gefundenen Dissertationen wurden 39 Schriften zur näheren Untersuchung ausgewählt. Diese Arbeiten wurden in einem vorher entwickelten Vergleichsverfahren nach einzelnen Kriterien untersucht. Die Ergebnisse dieses Vergleichs sind im Kapitel 4 zusammengetragen.

Da viele der in den Arbeiten vorgenommenen Interpretationen der Ergebnisse nicht ohne Hintergrundwissen verständlich werden und einer Einordnung bedürfen, sind der Diskussion Anmerkungen über drei beispielhafte wissenschaftliche Texte unterschiedlicher Zeitepochen angefügt. Es ergibt sich ein vielfältiges Bild von Diskussionslinien in Bezug auf die Episiotomie und ihre Anwendung.

Es kann nachgewiesen werden, dass diskursgeschichtlich wichtige Zusammenhänge nicht immer auch die gleiche wissenschaftstheoretische Bedeutung erlangen. Medizingeschichte ist somit immer auch wissenschaftliche Rezeptionsgeschichte. Die vorliegende Arbeit belegt, dass der zeitgeschichtliche Hintergrund bei der Interpretation der Ergebnisse einer wissenschaftlichen Arbeit relevant ist.

2 Rezeptionsgeschichte der Episiotomie

Immer gibt es bei wissenschaftlich tätigen Menschen das Bedürfnis nach dem Ursprung ihres Tuns zu fragen, im Zusammenhang mit dem Dammschnitt also danach, wer die erste Episiotomie geschnitten hat. Dabei wird oft außer Acht gelassen, dass auch die Geschichte eine Geschichte hat und vor allem einen Geschichtsschreiber mit seiner subjektiven Wahrheit. Wer die erste Episiotomie geschnitten hat, ist deshalb auf diesem Wege nicht zu beantworten, wohl aber die Frage nach den Erstbeschreibern und Protagonisten in der routinemäßigen Verbreitung des Schnittes. Dieser Prozess soll hier skizziert werden.

Wie M. David (David; 1993) schreibt, entwickelte sich die Technik der Episiotomie offenbar im 18. Jahrhundert: *„Im Jahre 1742 wurden von Ould die möglichen Vorteile einer perinealen Inzision vom Introitus in Richtung Anus bei Frauen, die eine schwierige Geburt erdulden mußten, erstmals empfohlen (Thacker und Banta; 1983). Nach Lison (Schultze; 1858) waren Inzisionen der Schamspalte „in einigen Gegenden der Champagne volksüblich“. Übereinstimmend wird jedoch sowohl in der Übersichtsarbeit von Thacker und Banta „Vorteile und Gefahren der Episiotomie: eine interpretierende Untersuchung der englischsprachigen Literatur von 1860 bis 1980“ wie auch in zahlreichen Veröffentlichungen deutschsprachiger Autoren vom Anfang dieses Jahrhunderts Michaelis als Inaugurator dieses geburtshilflichen Verfahrens angegeben.“ (Fasbender; 1964)“.*

Michaelis beschreibt in von Siebolds entbindungskundlicher Zeitschrift „*Lucina*“ 1810 zwei Geburten, bei denen er bei ein und derselben Frau mit Abstand von 10 Jahren einen Dammschnitt vornimmt. Er bezeichnet darin den Dammschnitt *„als das sicherste Mittel, das Durchreißen des Dammes zu verhüten und allen damit verbundenen Nachteilen vorzubeugen, ... in jedem Falle, wo sie eine Geburt nicht ohne Zerreißen des Dammes zu beenden befürchten müssen.“* (Michaelis; 1810) Der Text ist im Anhang abgedruckt, eine genauere Untersuchung einzelner Formulierungen ist in Kapitel 5.2.2 dieser Arbeit nachzulesen. Mit der Veröffentlichung dieser *„Geburtsgeschichte“* beginnt die breite und zum Teil heftig geführte Debatte um den Sinn und die Anwendung der Episiotomie. Als erste Bestätigung der von Michaelis vertretenen Meinung kann man den Kommentar des Herausgebers der Zeitschrift „*Lucina*“, von Siebold, ansehen. Er ist als Fußnote des Artikels nachzulesen und macht zugleich noch einen Vorschlag zur genauen Schnittrichtung: *„... der Schnitt müßte wohl immer an derjenigen Stelle geführt werden, gegen welche der Kopf am wenigsten einwirkte.“* (Michaelis; 1810)

Damit ist die Debatte um die Episiotomie in ihren drei bis heute in unterschiedlicher Heftigkeit diskutierten Punkten umrissen: Gestritten wird um die grundsätzliche Notwendigkeit des Dammschutzes, um das Für und Wider der Episiotomie und um die Schnittrichtung.

Ritgen beschreibt in seinem geburtshilflichen Lehrbuch 1820 zu *„besonderen mechanischen Hülfeleistungen bei Entbindungen“* auch den Dammschnitt. Er entscheidet sich für die seitliche Schnittrichtung und meint, *„dass zwei weniger tiefe Schnitte einem einzigen sehr tiefen vorzuziehen seyen.“* (Ritgen; 1820)

1827 erscheint ein weiterer Artikel zum Dammschnitt in von Siebolds inzwischen in *„Journal für Geburtshilfe, Frauenzimmer und Kinderkrankheiten“* umbenannter Zeitschrift. Darin befürwortet der an der Charité-Gebäranstalt tätige Dr. L. Fr. Weise in seinem Text: *„Über die Damm-Unterstützung, so wie über das Einschneiden der hinteren Commissur der*

Geschlechtstheile, behufs der Schützung des Mittelfleisches vor Einrissen“ (Weise, 1827) den von ihm erstmals im Januar 1827 durchgeführten medianen Dammschnitt. Er ist es auch, der die erste Dissertation zu diesem Thema veranlasst. J. A. Leineveber verteidigt 1827 in Berlin seine Dissertation mit dem Titel: *„De incisione commissurae genitalium posterioris ad evidandas inter partum perinaei rupturas.“* (Leineveber, 1827) In Weises Text und in der Dissertation Leinevebers finden sich ähnlich wie in Michaelis’ Geburtsgeschichten die Beschreibungen zweier einzelner Geburten unter Anwendung des Schnittes. In beiden Texten dokumentieren sich heftige Worte gegen den früheren Direktor der Charité-Gebäranstalt, General-Chirurgus Mursinna, der 1812 geschrieben hatte: *„Welcher Unsinn, zu rathen: den Damm einzuschneiden, damit er nicht eingerissen werde! Das heisst beinahe soviel als: den Mastdarm durchschneiden, damit sich der Koth nicht ansammeln möge. Ist es möglich, dass Menschen wegen Autor- und Erfindungssucht so gröblich sündigen und solche offenbar schädliche Mittel vorschlagen können, die den Stempel der Verrücktheit tragen, und wahrlich von keinem vernünftigen Manne nachgeahmt werden können. Indessen erhellt hieraus, wie weit die Wuth der neuen Verbesserer in der Geburtshilfe geht, und dass man wahrlich alles anwenden müsse, um dieser Wuth zu widerstehen, und die Kräfte der Natur wieder in ihre Rechte einzusetzen.“* (Mursinna;1812).

Der Geburtshelfer J .H. Wigand schrieb 1839 beschwichtigend in seinem Buch *„Die Geburt des Menschen“*, dass er dem Vorschlag Michaelis’ positiv gegenüberstehe und es müsse die Zeit entscheiden, ob *„Michaelis recht gesehen, oder ob seine Gegner recht errathen haben.“*(Wigand;1839).

In Fr. von Scanzonis 1852 erschienener geburtshilflicher Operationslehre kann man dann nachlesen, dass er die Episiotomie als *„Scarificationen des Scheideneingangs in der Art, dass die grossen Schamlippen, seitlich vom Frenulum, auf 4-5 Linien tief in der Richtung gegen die Tubera ischii eingeschnitten werden...“* praktiziert.(Scanzoni;1852).

Schon 1858 diskutiert die *Gesellschaft für Geburtshülfe zu Berlin* den Sachverhalt ausführlich. B. Schultze meint in seinem Vortrag *„Ueber Erhaltung und Zerreißung des Dammes bei der Geburt“*: *„Ich verfare nach der an der Prager, Wiener und Würzburger Klinik gebräuchlichen, von Chiari, Scanzoni...u.a. empfohlenen Methode, und mache... nach jeder Seite eine Incision... in Richtung nach dem Sitzknorren zu... von 5 Linien Länge...“* (Schultze; 1858).

Wenn man bei Schultze lesen kann, dass er die Methode der Prager, Wiener und Würzburger Schule benutzt, dann darf man davon ausgehen, dass die Episiotomie sich als Verfahren längst etabliert hat. Gestritten wurde von nun an hauptsächlich um den Modus des Schnittes. Die Meinungen der Geburtshelfer differierten dabei nicht mehr in der Ansicht über den Schnitt selbst, sondern über den Zeitpunkt des Schneidens (in oder außerhalb der Wehe), die Schnittrichtung (median, mediolateral oder lateral) und die Zahl der Anwendungen (routinemäßige oder restriktive Anwendung).

Es gab jedoch auch vereinzelt Gegner, so zum Beispiel Credé, der sich 1853 rühmt, *„dass er der Versuchung, die Schamöffnung zu incidieren, consequent ausgewichen sei“* (Schultze; 1858).

1884 ist auch er überzeugt und veröffentlicht eine Arbeit *„Über die Zweckmäßigkeit der einseitigen seitlichen Incision beim Dammschutzverfahren“* (Credé und Colpe; 1884).

Diese große Übersichtsarbeit ist laut Thacker und Banta als Schlüsselbericht zur Befürwortung der Episiotomie anzusehen. (Thacker und Banta, 1983).

„Nach dem Erscheinen der Arbeit von Credé und Colpe war offenbar die Episiotomia lateralis bzw. mediolataralis das verbreitetste Verfahren geworden. Es gab vehemente

Verfechter der beiden Schnittrichtungen, aber kaum stichhaltige Beweise für den Vorteil der einen oder anderen Methode.“ (David; 1993).

„Anfang des 20. Jahrhunderts wurde dann von prominenten amerikanischen Geburtshelfern bereits über die routinemäßige Anwendung der Episiotomie diskutiert. Insbesondere die Arbeiten von Pomeroy und DeLee leiteten einen Prozeß des Meinungswandels nicht nur in Bezug auf den Dammschnitt, sondern das ganze ‘Management’ der Entbindung ein.“ (Flew; 1944).

Ein Zitat von DeLee aus dem Jahr 1920 belegt den Wandel der Einstellungen: *„Es wurde behauptet, daß die Wehen eine normale Körperfunktion darstellen, und viele sind noch immer dieser Meinung. Es ist auch heute noch sowohl für Ärzte als auch für Laien schwierig, die Wehen als anormal, als Krankheit zu bezeichnen, und doch handelt es sich unbestreitbar um einen pathologischen Vorgang. Alles hängt natürlich davon ab, was wir als normal definieren. Wenn eine Frau auf eine Heugabel stürzt und dabei der Stiel in den Damm gerammt wird, so betrachten wir das als pathologisch und anormal, aber wenn ein großes Kind stark gegen den Beckenboden drückt, sagen wir, das ist natürlich und daher normal. Wenn der Kopf eines Babys in einer Tür eingeklemmt wird, zwar nur leicht aber doch stark genug um eine Hirnblutung hervorzurufen, so würden wir das zweifellos als pathologisch betrachten. Wird jedoch der Kopf eines Babys gegen einen angespannten, engen Beckenboden gepreßt und es stirbt an einer Hirnblutung, so nennen wir das normal oder zumindest behaupten wir, es handle sich um einen natürlichen, nicht pathologischen Vorgang. In beiden Fällen ist die Ursache des Schadens pathogen. In dem Beispiel der Heugabel und in dem des Kindes, das in der Tür eingeklemmt ist, gibt es eine Krankheitsursache, und alles, was pathogen ist, hat auch pathologische Konsequenzen bzw. ist anormal.“ (DeLee; 1920).*

„Nach Thacker und Banta korrespondiert die zunehmende Anwendung der Episiotomie (in den USA) mit dieser ansteigenden Zahl der Klinikentbindungen: ‘Der Dammschnitt muß im Gesamtkontext der zunehmenden Intervention in das Geburtsgeschehen gesehen werden und kann sicherlich nicht für sich allein betrachtet werden.’ Mit dem wissenschaftlichen Fortschritt Anfang des 20. Jahrhunderts (neue Anästhesieverfahren, Beherrschung des Kindbettfiebers, rasche Entwicklung der modernen Chirurgie) verband sich die Möglichkeit, erfolgreicher in den Geburtsvorgang einzugreifen.“ (David; 1993).

Nun im 21. Jahrhundert stellt sich die Frage nach dem Umgang mit einem so schwierigen Erbe: Auf der einen Seite steht die vielfach angewandte, aber unbewiesene Methode, das von pathologischen Wertemaßstäben geprägte Bild von der Geburt und die paternalistische Einstellung den entbindenden Frauen gegenüber, auf der anderen Seite der Wunsch, wirksam Dammschutz zu betreiben, die allem Anschein nach erfolgreich etablierte Klinikentbindung und die zunehmend kritische und der eigenen Verantwortung für den Körper gerecht werdende Einstellung der Frauen. Um mit diesem Problemkreis umzugehen, zeichnen sich mehrere Handlungsoptionen ab: So sind inzwischen die Episiotomie und der Dammschutz wieder eine Debatte wert, die Kliniken haben ihre Einstellungen den Frauen gegenüber hin zu einer patientinnenorientierten Geburtshilfe gewandelt und in Deutschland gibt es inzwischen die Möglichkeit, in einem Geburtshaus eine von einer Hebamme geleitete und selbstbestimmte Geburt zu erleben. Das alles ist nur möglich, weil die allermeisten Frauen Zugang zu guter, effizienter medizinischer Basisversorgung haben und damit der Blick auch aufs Detail gerichtet werden kann.

3 Methodik

Die vorliegende Arbeit möchte die Episiotomie in der akademischen Diskussion darstellen. Es wird eine Analyse deutschsprachiger Doktorarbeiten vorgenommen und mit einem Zeitraum zwischen 1885 und 1996 umrissen.

3.1 Allgemeine Bemerkungen zur Methodik

In der praktischen Durchführung der Arbeit diente als Findmittel das Gesamtverzeichnis Deutscher Hochschulschriften. Es erscheint seit 1885 und enthält seit 1903 ein Register zur Suche nach Stichworten. Die Jahre 1885 bis 1903 wurden nachträglich mit einem Register versehen. Da die Universitätsbibliothek der Humboldt- Universität im Laufe der Jahre eine der umfangreichsten Sammlungen deutscher Hochschulschriften angelegt hat, war es möglich, den größten Teil der im Gesamtverzeichnis Deutscher Hochschulschriften eingetragenen Dissertationen vor Ort in Augenschein zu nehmen. Die beachtliche und forschungswürdige Sammlung von Hochschulschriften wurde jedoch in den letzten Jahren nicht fortgeführt. Da auch die Universitätsbibliothek der Humboldt- Universität im zweiten Weltkrieg Bücherverluste hinnehmen musste, ist es ein glücklicher Umstand, dass keine der gesuchten Arbeiten davon betroffen war.

Die verschiedenen Register des Gesamtverzeichnisse Deutscher Hochschulschriften wurden bis 1996 nach den Stichworten „Dammschnitt“ und „Episiotomie“ durchsucht. Das eigentliche Forschungsinteresse galt dem Dammschnitt, es war aber davon auszugehen, dass in einzelnen Schriften der Titel nicht unmittelbar Aufschluss über den Inhalt der Arbeit gibt. Aus diesem Grund wurden sowohl die Synonyme -Dammschnitt und Episiotomie-, als auch alle in Zusammenhang stehende Begriffe (Dammriss, Dammschutz, Dammverletzung, Dammruptur und Dammschäden) als Suchbegriffe bearbeitet. Diese im Suchprozess mit einbezogenen Arbeiten wurden weiter im Prozess der Sortierung anhand von Kriterien untersucht und gegebenenfalls aussortiert. Ziel dieser breiten Suche war die möglichst vollständige Erfassung von Arbeiten im Zentrum des Forschungsinteresses.

Alle infolge der umfangreichen Suche gefundenen Dissertationen wurden nach den im Folgenden vorzustellenden Kriterien sortiert. Die verbliebenen 39 Arbeiten wurden nach vorgegebenen Fragen untersucht, um sie vergleichbar zu machen. Im Literaturverzeichnis befindet sich eine Liste der Primärliteratur.

3.2 Dissertationen als lebendiger Spiegel der akademischen Debatte

Diese vorliegende Arbeit beschränkt die Analyse bewusst auf die Hochschulschriften als einem sehr lebendigen Spiegel der jeweils aktuellen akademischen Auseinandersetzung und klinischen Praxis. Hochschulschriften sind in ihrer Intention, Argumentation und Rezeption weniger behäbig als Lehrbücher. Sie liegen jedoch, anders als der wissenschaftliche Vortrag, innerhalb des Wirkungskreises des geschriebenen Wortes und folgen der anerkannten Reglementierung in Ausdruck und Form. Es wird postuliert, dass alle Arbeiten einem wissenschaftsgeschichtlichen Zeitgeschmack unterliegen und diesen auch widerspiegeln.

Der Begriff Dissertation leitet sich von dem lateinischen Verb „*dissertare*“ ab, das heißt „*sich mit einem Thema auseinandersetzen*“. Laut Kluges Etymologischem Wörterbuch wurde der Begriff 1527 von Philipp Melanchthon und in der Folge von anderen Humanisten als Bezeichnung einer gelehrten Abhandlung gebraucht (Kluge; 1967), späterhin wurde er für die zu Disputationszwecken entstandenen Schriften geläufig und seit Ende des 18. Jahrhunderts dann ausschließlich in seiner heutigen Bedeutung als

Kennzeichnung einer Doktorschrift verwendet. Im 19. Jahrhundert setzte sich in Deutschland der Begriff „*Inauguraldissertation*“ durch, ein Begriff, der sich schon seit dem 17. Jahrhundert nachweisen lässt. *Inauguratio* stammt aus der lateinischen Sprache, ist in seiner Etymologie umstritten, bedeutet in späterer Zeit soviel wie „*feierliche Übertragung eines Amtes, hier: feierliche Verleihung der Doktorwürde.*“ (Kluge; 1967)

Die Disputation fand ursprünglich in der lateinischen Sprache statt, sollte doch der Prüfling nicht nur seine inhaltliche Vorbereitung sondern auch seine rhetorische und sprachliche Eignung beweisen. Die später in Vorbereitung der Disputation erstellten Schriftstücke waren ebenfalls in Latein verfasst. „*Der Wandel der wissenschaftlichen Umgangs- und Unterrichtssprache setzte bezüglich der Dissertationen in der Zeit der Spätaufklärung ein, war in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts weitgehend vollzogen und ist seit 1936 durch Erlass des Reichswissenschaftsministers, der für das gesamte deutsche Reich die deutsche Sprache für Dissertation und Doktordiplom vorschrieb, zu einem endgültigen Abschluss gekommen.*“ (Allweiss; 1979)

Für diese Arbeit lässt sich aus dem oben Zusammengetragenen schlussfolgern, dass die Erfüllung des Kriteriums der deutschen Sprache für die zur Untersuchung herangezogenen Dissertationen keine nur zeitliche Einordnung bedeutet, sondern eine geistesgeschichtliche Einordnung der frühen Arbeiten vornimmt. Damit sind die in deutscher Sprache verfassten frühen Arbeiten über die Episiotomie der Epoche der Spätaufklärung zugeordnet und müssen im Kontext der damit verbundenen Eigenheiten wissenschaftlichen Arbeitens betrachtet werden.

Auch der Funktionswandel der Dissertation selbst spielt eine Rolle.

Am Beginn des Untersuchungszeitraums hat sich der Wandel von einer mündlichen hin zu einer schriftlichen Leistung vollzogen. Dieser Vorgang wird durch das Kriterium der Einschränkung der Untersuchung nur auf Dissertationsschriften repräsentiert. Dem aufmerksamen Leser werden beim Blättern in älteren Originalen die letzten Seiten aufgefallen sein: sie enthalten eine Liste von meist ein bis vier Thesen aus ganz unterschiedlichen medizinischen Fachbereichen, die meist nichts mit dem Inhalt der eigentlichen Arbeit zu tun haben. Dies sind die Reste der Disputation, die der Prüfling mit seinen schriftlichen Stellungnahmen dokumentierte und die bis ins 18. Jahrhundert als die eigentlich erbrachte und zu bewertende Leistung betrachtet wurde.

Dem Bedeutungswandel der Dissertation als Medium der akademischen Debatte gerecht zu werden, ist weit weniger einfach zu gewährleisten. Der große Untersuchungszeitraum umfasst eine Zeit der Blüte des Dissertationswesens in der Funktion des wissenschaftlichen Austauschs und einen Zeitraum, in dem diese Rolle zunehmend den Zeitschriftenartikeln zuteil wird. Diese Tatsache spiegelt sich auch in den Literaturverzeichnissen der untersuchten Arbeiten wieder. Während zu Beginn des Untersuchungszeitraums hauptsächlich Lehrbücher und andere Dissertationen zitiert werden, sind das im zweiten Teil des Untersuchungszeitraums überwiegend Zeitschriftenartikel. Hinter nicht wenigen dieser Zeitschriftenartikel verbergen sich dann wieder Dissertationen, aber es wird dennoch deutlich, dass Streitgespräche und Debatten unter Akademikern hauptsächlich in den Fachorganen der jeweiligen Professionen ausgetragen werden und nicht mehr über die Publikation von Dissertationen selbst.

3.3 Kriterien für die Auswahl der Dissertationen

Der Suche nach Bewertungs- und Vergleichskriterien ging die Eingrenzung des Forschungsinteresses voraus. Ziel der Arbeit sollte eine Darstellung der Diskussionslinien um die Episiotomie sein. Als Forschungsgegenstand wurden die zu diesem Thema erschienen Dissertationen in deutscher Sprache gewählt. Dementsprechend galt es, formale und inhaltliche Kriterien aufzustellen, die erfüllt sein mussten, um eine sinnvolle Darstellung der Entwicklungen und Argumente zu ermöglichen. Zu den formalen Gemeinsamkeiten, die eine Vergleichbarkeit gewährleisten sollten, zählten:

- Deutsche Sprache

Dieses Kriterium einzuführen war nötig, um einen zeitlichen, geographischen und finanziellen (Kosten für Beschaffung und Übersetzung!) Rahmen zu stecken.

- Erscheinungszeitraum 1885-1996

Das Jahr 1885 markiert den Beginn des Verzeichnisses Deutscher Hochschulschriften, das Jahr 1886 die erste zum Thema gefundene Arbeit in deutscher Sprache. Der Endpunkt des Untersuchungszeitraumes wurde zum Zeitpunkt des Beginnes der Recherche im Jahr 1999 durch die rückwirkende Katalogisierung mit dem Jahr 1996 festgelegt.

- Das Wort „Episiotomie“ oder „Dammschnitt“ im Titel oder ein eigenes Kapitel zu diesem Thema
Dieses Kriterium ermöglichte eine Auswahl der zahlreichen Arbeiten hinsichtlich der Relevanz auf die zu untersuchende Fragestellung. Da nicht in allen Arbeiten mit der Gliederung in Kapitel gearbeitet wurde, wurde ein eigener Absatz zur Episiotomie in den Arbeiten vor 1950 als Wille zur Formgebung und gedanklichen Trennung des Geschriebenen und als Kapitel interpretiert. Ebenso nehmen nicht alle Arbeiten, die im Titel das Wort Episiotomie tragen, auch Bezug auf die akademische Debatte dieses Eingriffs. Alle Arbeiten, die das betrifft, wurden gelesen, aber nicht in die nähere Untersuchung einbezogen. Eine Auflistung dieser Arbeiten nebst Begründung für die Entscheidung war aus methodischer Sicht unumgänglich (siehe Anhang 7.3). Insgesamt wurden nach diesem Auswahlprozess 39 Arbeiten in die Untersuchung einbezogen.

3.4 Der Aufbau des Fragerasters

Anders als bei der Suche nach Auswahlkriterien, die ein möglichst hohes Maß an Gleichheit der gewählten Titel erreichen will, sollten die Vergleichskriterien die Verschiedenheiten in Diskussion und Forschung aufzeigen. Hierzu war es zum einen nötig, die Diskussionslinien um die Episiotomie zu analysieren und besonders umstrittene Punkte herauszuarbeiten, wozu dann die Einschätzungen der Dissertationen verglichen werden können. Zum anderen galt es eine Festlegung zu treffen, welche nebenläufigen Daten ebenso aufzuzeichnen sind, damit dargestellt werden kann, in welchen zeitlichen, theoretischen und klinischen Kontexten eine gefundene Argumentation geführt wird. Die Analyse der Fachdiskussion um die Episiotomie ergab, dass die Kontroversen um Indikation, Zeitpunkt des Schnittes und die Schnittrichtung einen breiten Raum einnehmen. Demnach wurden eben diese Punkte in das Untersuchungsschema aufgenommen.

Nach einer Sortierung der genannten Aspekte wurde das folgende, aus sieben Kategorien bestehende Auswertungsschema zur Grundlage des Vergleichs zwischen den ausgewählten Arbeiten:

1. Allgemeines zur Arbeit,
2. Aussage zur Geschichte der Episiotomie,
3. Diskussion der Indikation, der Argumente für und gegen eine Episiotomie sowie des Zeitpunktes des Schnittes,
4. Diskussion der Schnitttrichtung,
5. Praxis in der Klinik des jeweiligen Autors,
6. Einschätzung der Episiotomie aus Sicht des Autors der untersuchten Arbeit,
7. Spezielle Aspekte ausgewählter Arbeiten.

Unter der Kategorie „Allgemeines zur Arbeit“ wurden die Aussagen zu Titel der Arbeit, Jahr der Veröffentlichung, Ort des Erscheinens, eventuelle Nennung des betreuenden Hochschullehrers, Verwendung von eigenen statistischen Erhebungen sowie äußere Merkmale wie das Vorhandensein eines Literaturverzeichnisses und eines Inhaltsverzeichnisses aufgezeichnet. An dieser Stelle sind formal verschiedene Kategorien von Eigenschaften einer Arbeit zusammengefasst. Während das Jahr der Veröffentlichung kein vom Promovenden gewähltes Datum darstellt, ist die Wahl von Thema, betreuendem Hochschullehrer oder Ort der Veröffentlichung schon eine bewusste oder zumindest prägende Entscheidung sowohl des Auftraggebers als auch des Auftragnehmers. Die Verwendung von eigenen statistischen Erhebungen, einem Inhalts- und Literaturverzeichnis stellen eine Mischung aus zeitlichen und individuellen Determinanten dar. Die saubere Trennung in historisch bedingte Zusammenhänge und individuelle Entscheidungsspielräume ist methodisch nicht möglich. Die Untersuchung dieser formalen Kriterien einer Arbeit ermöglichen jedoch das Aufzeigen von gegenseitigen Bedingtheiten.

Das Vergleichskriterium der in den Arbeiten getroffenen Aussagen zur Geschichte der Episiotomie soll den Vorgang der Historisierung von Ereignissen deutlich machen. Den Aussagen zur Rezeptionsgeschichte des Dammschnittes wurde ein solches Augenmerk gewidmet, weil besonders deutlich wissenschaftsgeschichtliche Zusammenhänge darzustellen sind. Dass das Aufzeichnen von Kontinuitäten eine geschichtlich relativ neue Methode ist, um die eigene Sicht der Welt argumentativ zu untermauern, soll an diesem Beispiel gezeigt werden.

Das Kriterium der Diskussion der Indikationen der Episiotomie, der Argumente für und gegen den Dammschnitt sowie der Meinungen zum optimalen Zeitpunkt für das „Zerschneiden des Gewebes“ stellt die wichtigsten Diskussionslinien um den Eingriff zusammen. Um eine Vergleichbarkeit zu gewährleisten, wurden diese Aussagen der Arbeiten sehr umfangreich den einzelnen Begriffen und Kategorien zugeordnet.

Da die Diskussion der Schnitttrichtung die mit Abstand längste und kontroverseste Debatte umschreibt, wurde den Argumenten hier ein eigenes Kriterium zugestanden. Die Diskussionslinien behandeln die mediane, laterale und mediolaterale Schnitttrichtung. Dementsprechend wurden die Argumente sortiert nach Argumenten für und gegen die jeweilige Schnitttrichtung.

Das fünfte Kriterium fragt nach der Aussage zur Praxis der Kliniken, in denen die Autoren der Arbeiten zum Zeitpunkt der Forschungsarbeiten tätig waren. Nicht in allen

Dissertationen ist dazu eine Angabe zu finden. Wichtig war dieses Kriterium jedoch, da es eine Einordnung eventueller Forschungsinteressen oder Differenzen zwischen theoretischen und praktischen Erfahrungen der Promovenden ermöglichen sollte.

Die Sammlung der Gesamteinschätzungen der Autoren und Autorinnen stellt ein Panorama verschiedener Forschungs- und Weltansichten dar. An dieser Stelle erfolgt inhaltlich die Abkehr vom Forschungsinhalt der untersuchten Arbeiten hin zur Frage nach der Überzeugungskraft der Forschungsergebnisse, nach den persönlichen Anschauungen und Prägungen sowie den allgemeinen Konsequenzen der Untersuchungen.

Um auch den vorgestellten Kategorien nicht zuzuordnende Ergebnisse und Besonderheiten der Arbeiten darzustellen, sammelt die letzte Kategorie die Eindrücke beim Lesen der untersuchten Dissertationen. Hier finden Aussagen über Wortwahl, Schreibstil und andere subtile Merkmale ihren Platz. Formal sind sie den individuellen Kategorien zuzuordnen.

3.5 Wissenschaftstheoretische Anmerkungen

Ziel der Untersuchung sollte die Darstellung der historischen Bedingtheiten von wissenschaftlicher Forschung sein. Um dies zu belegen, ist es notwendig der genauen Untersuchung der Forschungsgegenstände auch die Darlegung der wissenschaftstheoretischen Hintergründe an die Seite zu stellen. Aus diesem Grund wird der Methodik ein Werk des polnischen Serologen Ludwik Fleck beigelegt und dessen Erkenntnisse im Weiteren als Diskussionsgrundlage der Ergebnisse verwendet.

3.5.1 Ludwik Flecks Einführung in die Lehre vom Denkstil und Denkkollektiv

Das Buch trägt den Titel: *„Entstehung und Entwicklung einer wissenschaftlichen Tatsache. Einführung in die Lehre vom Denkstil und Denkkollektiv“*. Geschrieben hat es Fleck Ende der zwanziger Jahre, die Erstausgabe erschien jedoch erst 1935 (Fleck; 1999).

Fleck bearbeitet darin zwei Themenkomplexe: Zum einen eine Fallstudie aus der Medizingeschichte, nämlich die Entwicklung des Syphilisbegriffes, und zum zweiten die Untersuchung der daraus entstehenden erkenntnistheoretischen Folgerungen.

Zunächst einige Begriffe, die Fleck in seinem Werk voranstellt: So postuliert er das Vorhandensein eines *„Denkkollektivs“*, das er als soziale Einheit der Gemeinschaft der Wissenschaftler eines Faches definiert und den *„Denkstil“* als die denkmäßige Voraussetzung, auf der ein Kollektiv sein Wissensgebäude aufbaut.

Des Weiteren gibt es nach Fleck zwei Typen von *„Beobachtungen“*: einmal das unklare anfängliche Schauen und dann das entwickelte unmittelbare Gestaltsehen. Dabei wird die Disposition für gerichtetes Wahrnehmen mit der Preisgabe, Heterogenes wahrnehmen zu können, erkaufte. Es kann keine Ebene geben, von der aus ein bestimmter Denkstil gegenüber anderen als wertvoller ausgezeichnet werden könnte. Was als Wissen definiert wird, fällt je nach Denkstil verschieden aus. Ludwik Fleck hebt damit den historischen Charakter des Wissens hervor. Theorien können nur im Rahmen eines *„ausgebauten und geschlossenen Meinungssystems“* passend oder unpassend genannt werden. Aus dieser holistischen Position heraus wird die Angemessenheit des Redens von Wahrheit und Falschheit zugunsten der *„Systemfähigkeit“* zurückgewiesen. Seinem Buch nach gibt es charakteristische Phasen der Entwicklung einer wissenschaftlichen Theorie: zuerst eine *„Epoche der Klassizität“* einer Theorie, wo nur

exakt hineinpassende Tatsachen gesehen werden, und danach die „*Epoche der Komplikationen*“, in der die Ausnahmen ins Bewusstsein treten. Mit „*Gewöhnung*“ meint Fleck schließlich den allmählichen Erwerb jener „*Erfahrenheit*“, die als Komponente seines pragmatischen Wissenschaftsbegriffs unerlässlich ist. Diese Erfahrungen, die jeder Novize machen muss, stellen ein unverwechselbar individuelles und insofern „*irracionales, logisch nicht legitimierbares Element*“ (Fleck; 1999) des Wissens dar. Aus diesem Grund kann Fleck zusammenfassend formulieren: „*Das Wissen war zu allen Zeiten für die Ansichten jeweiliger Teilnehmer systemfähig, bewiesen, anwendbar, evident. Alle fremden Systeme waren für sie widersprechend, unbewiesen, nicht anwendbar, phantastisch oder mystisch.*“ (Fleck; 1999).

3.5.2 Leben und Werk Ludwik Flecks

Ludwik Fleck kann als ein umfassend und ruhelos tätiger Mensch beschrieben werden. 1896 als Sohn jüdisch-polnischer Eltern geboren, promoviert er nach seinem Studium in der Allgemeinmedizin, um anschließend als Assistent bei Prof. Rudolf Weigl im Forschungslaboratorium für Infektionskrankheiten in Przemyśl zu arbeiten. 1921 folgt Fleck seinem Direktor nach Lemberg, 1923 wird er selbst Direktor des bakteriologisch-chemischen Labors der Abteilung für Innere Medizin des Allgemeinen Krankenhauses in Lemberg. Neben seiner intensiven Forschungstätigkeit auf bakteriologischem Gebiet veröffentlicht er 1929 einen ersten erkenntnistheoretischen Beitrag unter dem Titel „*Zur Krise der Wirklichkeit*“. 1935 erscheint dann im Benno Schwabe Verlag seine Monographie „*Entstehung und Entwicklung einer wissenschaftlichen Tatsache. Einführung in die Lehre vom Denkstil und Denkkollektiv*“. Es folgen in den Jahren 1935/1936 und 1937/1938 die Werke „*Über die wissenschaftliche Beobachtung und die Wahrnehmung im allgemeinen*“ und „*Das Problem einer Theorie des Erkennens*“ sowie ein heftiger Disput mit der Philosophin und Logikerin Izidora Dąbrowska zur Frage, ob „*die intersubjektive Ähnlichkeit der sinnlichen Eindrücke eine unersetzliche Voraussetzung der Wissenschaften ist.*“ Aufgrund seiner jüdischen Herkunft wird er zusammen mit seiner Familie 1941 ins jüdische Ghetto der Stadt Lemberg deportiert und von dort in die Konzentrationslager Auschwitz und Buchenwald. Er überlebt die Lager, da er an der für die Nationalsozialisten wichtigen Fleckfieberforschung beteiligt ist. 1945 kehrt er nach Polen zurück, habilitiert sich 1946 bei Prof. Ludwik Hirschfeld in Wrocław über die Exanthemreaktion bei Fleckfieber und schreibt einen Aufsatz über die wissenschaftliche Arbeit im KZ unter dem Titel „*Wissenschaftstheoretische Probleme*“. Des weiteren erscheinen „*Schauen, sehen, wissen*“ und „*In der Frage ärztlicher Experimente am Menschen*“. 1950 erhält er eine ordentliche Professur für Mikrobiologie an der Universität Lublin, 1952 wird er Direktor der Abteilung für Mikrobiologie und Immunologie des Instituts „Mutter und Kind“ in Warschau, bevor er 1957 nach Israel emigriert und dort Direktor des „Department of Experimental Pathology“ am „Israel Institut for Biological Research“ in Ness Ziona wird. 1961 verstirbt Ludwik Fleck in Ness Ziona an einem Herzinfarkt (vgl.: Schlünder/ Tammen/ Graf/ Mutter/ Hesper; 2002).

3.5.3 Einordnung von Ludwik Fleck in die wissenschaftstheoretische Forschung

Nun könnte man die wissenschaftstheoretischen Schriften Ludwik Flecks als die Arbeiten eines einsamen Vordenkers darstellen, „*dessen eigene Denkgemeinschaft paradoxerweise erst nach seinem Tod entstand.*“ (Schlünder/ Tammen/ Graf/ Mutter/ Hesper; 2002). Wenn man jedoch im Sinne Thomas S. Kuhns (Kuhn; 1967/1976) annimmt, dass eine Zeit zwar durch sie dominierende Paradigmen eines Wissenschaftszweigs charakterisiert ist, aber in den lebendigen und diskursiven

Austausch mit ebenfalls vorhandenen anderen Paradigmen tritt, dann lohnt es, Fleck in der ihn umgebenden wissenschaftstheoretischen Landschaft darzustellen. Das Dilemma der Wissenschaftsgeschichte wird demnach aufgelöst: *„Vielleicht entwickelt sich die Wissenschaft doch nicht aufgrund der Anhäufung einzelner Entdeckungen und Erfindungen. Gleichzeitig sehen sich dieselben Historiker wachsenden Schwierigkeiten gegenüber, wenn sie zwischen dem ‘wissenschaftlichen’ Bestandteil vergangener Beobachtungen und Anschauungen und dem, was ihre Vorgänger so schnell mit ‘Irrtum und Aberglauben’ bezeichnen, unterscheiden sollen.“* (Kuhn; 1967/1976).

Flecks Werk „Die Entstehung einer wissenschaftlichen Tatsache“ wurde im selben Jahr publiziert, in dem Karl R. Popper seine „Logik der Forschung“ veröffentlichte und Edmund Husserl seine Gedanken „Zur Krisis der europäischen Wissenschaften“ in Vorträgen öffentlich machte (vgl.: Heintz; 1993). Fleck wendet sich in seinen Arbeiten bewusst gegen den sogenannten „Wiener Kreis“, der den Begriff des logischen Positivismus postuliert hatte. In ihm fanden sich Philosophen, Mathematiker und Naturwissenschaftler Anfang der 1920er Jahre um Moritz Schlick zusammen. Sie entwickelten eine Wissenschaftstheorie, die *„die Möglichkeiten strenger empirischer Überprüfbarkeit von wissenschaftlichen Sätzen voraussetzte.“* (Neumann; 1989). Demnach bilden nicht Erfahrungen und Dinge sondern Aussagen die Wissenschaften ab (vgl.: Seiffert/ Radnitzky; 1992). *„Dem hält Fleck entgegen, dass bereits die Bildung von Begriffen ihre Geschichte hat und damit kulturhistorischen Bedingungen unterliegt (...) Begriffe haben vielmehr ihre geschichtliche Entwicklung, in der sich ihre Bedeutung verändert; das heißt, bereits der Begriff ist das Ergebnis geistiger Tätigkeit, die unter bestimmten historischen und sozialen Voraussetzungen getan wird. Gleichzeitig ist ein Begriff nie konkret; er geht als allgemeiner Begriff stets über den gegebenen Gegenstand hinaus. Indem er nicht nur dies oder jenes sagt, sondern auf viele Gegenstände anwendbar ist, ist sein Sagen immer schon Interpretation des empirisch Gegebenen.“* (Neumann; 1989).

Die Kritik Flecks an den Theorien des Wiener Kreises lassen sich als methodologische Einwände charakterisieren und wurden ähnlich auch von anderen vorgebracht. Wir sehen Einzeltatsachen *„immer schon im Lichte von Theorien“* schrieb Popper in seiner Logik der Forschung (vgl.: Seiffert/ Radnitzky; 1992). Paul K. Feyerabend verschärfte die These noch mit seiner Auffassung vom notwendigen Theorien-Pluralismus.

Trotz der Ähnlichkeiten dieser Positionen ist Ludwik Fleck nicht eindeutig einer wissenschaftstheoretischen Strömung zuzuordnen. Weder gehört er dem kritischen Rationalismus an wie Karl Popper oder Imre Lakatos, noch vertritt er die Positionen des wissenschaftlichen Relativismus mit seinem Hauptvertreter Paul Feyerabend. Im Gegensatz zu diesen Philosophen ist er Zeit seines Lebens ein philosophierender Naturwissenschaftler geblieben.

3.5.4 Begründung für die weitere Verwendung seiner Thesen

Warum nun sind Flecks Gedanken so interessant in Bezug auf die Untersuchung der Dissertationen und ihrer Darstellung der wissenschaftlichen Auseinandersetzung um die Episiotomie? Ludwik Fleck gelang sehr überzeugend die Konstruktion des historisch-sozialen Kontextes naturwissenschaftlicher Forschung. Er schuf erstmals eine tragfähige Grundlage wechselseitiger Beziehungen von Wissenschaftstheorie und Wissenschaftsgeschichte. Durch seine Gedanken erhielt die Wissenschaftstheorie eine praxisorientierte Bedeutung und die Wissenschaftsgeschichte den völlig neuen Auftrag der Rekonstruktion von forschungsrelevanten Kontexten und Dialogen zwischen konträren Paradigmen. Aufgrund dieser Eigenschaften eignen sich Flecks Theorien gut zur Darstellung der Zusammenhänge um die Episiotomie. In den vergangenen Jahren wurde sein Gedankengebäude recht häufig in Zusammenhang mit ähnlichen

Forschungsvorhaben zitiert. Beispielsweise bezieht sich Markus Herrmann in seinem Werk *„Schlafapnoe als Krankheitskonstrukt: die Mechanisierung und Medikalisierung des Schlafes“* (Herrmann; 1997) auf Ludwik Fleck. Ebenso verfährt Hans-Jörg Rheinberger in seiner Darstellung *„Experimentalsysteme und epistemische Dinge. Eine Geschichte der Proteinsynthese im Reagenzglas“* (Rheinberger; 2001) oder Bettina Heintz in ihrem Werk *„Die Herrschaft der Regel. Zur Grundlagengeschichte des Computers.“* (Heintz; 1993).

3.5.5 Konkretisierung des Fleck'schen Systems in Bezug auf das Forschungsfeld

Wenn Fleck ein Denkkollektiv postuliert, so ist auch von einem Denkkollektiv der Geburtshelfer und Gynäkologen auszugehen. Die Angehörigen dieser Profession werden zur sozialen Einheit der Wissenschaftler, die die Erkenntnis von der Frauenheilkunde und Geburtshilfe hervorbringen, ordnen, publizieren und über Angehörige des eigenen Denkkollektivs und deren Forschungsergebnisse urteilen und befinden. Diese soziale Einheit bezieht sich gleich einem Organismus aufeinander, jeder Teil hat eine Funktion und ist doch nicht allein existent. Die Denkkollektive bringen nicht allein Forschungsergebnisse, sondern auch die zu Grunde liegenden jeweiligen eigenen Standards und Wertvorstellungen hervor.

Die kognitiven Voraussetzungen, auf denen ein Kollektiv sein Wissens- und Forschungsgebäude aufbaut, nennt Fleck Denkstil. Demnach kann man vom Denkstil der Gynäkologen und Geburtshelfer sprechen. Da diese Denkstile aber zeitabhängig sind, sind Kategorisierungen von Denkstilen nur mit Einbeziehung der jeweiligen Epoche und ihrer Eigenheiten sinnvoll. Die Wissenschaft der Geburtshilfe und Gynäkologie ist somit durch zwei Faktoren charakterisiert: den Denkstil und das Denkkollektiv. Anders ausgedrückt: Von den historischen Umständen und den forschenden Individuen hängt die Wissensentwicklung eines Fachgebietes ab.

Wenn Fleck zwei Typen von Beobachtungen, einmal das unklare anfängliche Schauen und dann das entwickelte unmittelbare Gestaltsehen einführt, dann hilft dies bei der Einordnung von scheinbar irrationalen Forschungsergebnissen. Später ist oft unklar, wie und weshalb den Forschenden einer bestimmten Generation die Lösung eines Problems nicht auffällt, wenn sie doch so einfach und naheliegend scheint. Warum waren einige Geburtshelfer im 19. Jahrhundert nicht in der Lage, sich die Hände zu waschen und ihre Patientinnen so vor dem sicheren Tod durch Kindbettfieber zu bewahren? In Flecks Theorie waren diese Ärzte in einem Gedanken- und Wissensgebäude beheimatet, das keinen Platz für eine Theorie von den Mikroorganismen, ihren Übertragungswegen und der modernen Antisepsis hatte. Ein Denkstil, der der praktischen Lösung des Händewaschens und -desinfizierens im Wege stand. Dabei kann im Sinne Flecks die Miasmatheorie nicht gegen die Theorie von den Erregern antreten. Keine von beiden ist prinzipiell falsch, eine jede hat in einem bestimmten Zusammenhang ihre Berechtigung. Fatal war allein die praktische Konsequenz, die den behandelten Frauen drohte: der Tod. Die Anhänger der Miasmatheorie waren nicht mehr in der Lage, die Vielschichtigkeit des Problems wahrzunehmen, zu analysieren und daraus konsequent eine Lösung zu erarbeiten. Es wird immer nur ein Ausschnitt aus der Wirklichkeit wahrgenommen und erforscht. Die dazu benutzten Theorien und Gedankengebäude sind in ihrer Geschichtlichkeit verankert und ergeben so auch immer nur einen Ausschnitt aus der Fülle der möglichen Problemlösungen. Damit begründet sich der historische Charakter des Wissens. Die Rede von Wahrheit und Irrtum muss demnach zugunsten der Systemfähigkeit zurückgewiesen werden. Die Systemfähigkeit einer Theorie besitzt aber ebenfalls eine zeitliche Komponente. Eine Theorie, die 1847 fortschrittlich und wissenschaftlich korrekt Problemlösungen anbot, kann dies 2005 meist nicht mehr leisten.

Die Eigendynamik, der eine wissenschaftliche Idee, ein Theoriegebäude unterliegt, beschreibt Fleck mit den Begriffen der beiden Epochen einer Theorie. Am Beispiel des Kindbettfiebers in der Geburtshilfe lassen sich diese beiden Epochen einer wissenschaftlichen Theorie erläutern. Die bis dahin systemimmanente Miasmatheorie hatte eine Epoche der Klassizität hinter sich gelassen, in der sie allgemein anerkannt und unumstritten war. Sie erklärte Teile der interessierenden Wissenschaftswelt des 19. Jahrhunderts und bot Problemlösungen an. Die in den Krankenhäusern grassierende Kindbettfieberepidemie war damit jedoch nicht zu erklären. Die aus dieser Theorie abgeleiteten Lösungen führten nicht zum Erfolg bei der Eindämmung der Krankheit. Damit war die Epoche der Komplikationen eingeleitet: Die Theorie stieß an ihre Erklärungsgrenzen, die Ausnahmen traten einigen Ärzten ins Bewusstsein. Aus dieser Skepsis und dem daraus resultierenden kritischen Blick war die Entwicklung einer neuen Theorie, eines neuen Denkstiles möglich. Zur Anerkennung eines neuen Denkstils scheint manchmal jedoch ein Generationenwechsel innerhalb der Forschenden nötig zu sein. Der Grund dafür liegt in der außerordentlichen Prägung, die die Forschenden durch eine bestimmte Art zu denken erfahren haben. Fleck nennt dies die Gewöhnung, unter der er den Erwerb der Erfahrung meint, die nötig ist, um einen pragmatischen Wissenschaftsbegriff zu erlangen. Da dieses Element der Forschung irrational, nicht logisch legitimierbar ist, ist ihm auch nicht mit Argumenten und Logik beizukommen, wenn ein Denkstil durch einen anderen abgelöst wird. Diese bittere Erfahrung musste auch Ignaz Philipp Semmelweis machen, als seine Kollegen trotz großer Erfolge im Kampf gegen das Kindbettfieber gegen seine Theorien und Forschungsergebnisse polemisierten. Zusammenfassend lässt sich postulieren, dass auch die Gynäkologie und Geburtshilfe durch soziale Interakteure und zeitgeschichtliche Tendenzen in ihrer Forschungsgeschichte beeinflusst wurde, auch wenn die Auswirkungen auf die betroffenen Frauen nicht immer so drastisch und die Kausalitäten sehr selten so eindeutig sind. Dies bedeutet in der praktischen Konsequenz allen historischen Arbeitens, dass es zum Verständnis der Zusammenhänge unerlässlich ist, die Interakteure und ihre Zeit zu identifizieren und die gegenseitigen Abhängigkeiten zu benennen.

4 Auswertung der Dissertationen und Erläuterung der Ergebnisse

4.1 Allgemeines zur Arbeit

In der Kategorie „Allgemeines zur Arbeit“ wurden die Fragen nach Titel der Arbeit, Jahr der Veröffentlichung, Ort des Erscheinens, eventuelle Nennung des betreuenden Hochschullehrers, Verwendung von eigenen statistischen Erhebungen sowie äußere Merkmale wie das Vorhandensein eines Literaturverzeichnisses und eines Inhaltsverzeichnisses zusammengefasst. Dieser erste Auswertungspunkt ermöglicht ein Herausarbeiten inhaltlicher Aspekte anhand von formalen und äußerlichen Merkmalen.

4.1.1 Titel der Arbeiten

Die Analyse der Titel orientiert sich am Vorgehen Magdalene Heuvelmanns (Heuvelmann; 1999). Auf Grund der geringen Anzahl von Titeln ($n = 39$) wurde die Herangehensweise jedoch dahingehend modifiziert, dass auch eine doppelte Nennung der Titel möglich war.

In den folgenden Listen werden alle Titel der einbezogenen Arbeiten in inhaltlich determinierte Kategorien eingeordnet. Dabei wird eine Mehrfachzuordnung bewusst in Kauf genommen, da mehrere Titel zwei oder mehr inhaltlich ebenbürtige Substantive enthalten, bei denen eine Einfacheinordnung eine unüberschaubare Vielzahl von Kategorien zur Folge hätte oder aber eine unzulässige Vereinfachung bedeuten würde.

4.1.1.1 Kategorie A

inhaltliche Ausrichtung: Prophylaxe der Dammrisse ($n = 10$)

umfasste Zeitspanne 1888-1949

Über Prophylaxe und Therapie der Damm- und Scheidenrisse

Über Prophylaxis der Dammruptur

Über Prophylaxis der Dammruptur

Über das moderne Dammschutzverfahren

Der Dammschutz bei der Geburt

Über Dammrisse und Dammschutz

Die heutigen Dammschutzverfahren im Anschluss an die ätiologischen Momente der Dammrisse

Über Damm- und Scheidenrisse, deren Prophylaxe und Therapie

Die mediane Episiotomie, ein Beitrag zur Prophylaxe und Therapie der Dammrisse

Dammschutz und Abhängigkeit der Geburtsverletzungen des Beckenbodens von der Ausführung des Dammschutzes

4.1.1.2 Kategorie B

inhaltliche Ausrichtung: Dammverletzungen ($n = 9$)

umfasste Zeitspanne 1887-1969

Untersuchungen über Vorkommen und Häufigkeit von Dammverletzungen unter der Geburt

Unterschiede in der Frequenz der Dammverletzungen bei der Geburt

Der Einfluss der Tragzeitlänge auf das Vorkommen von Dammverletzungen

Das Vorkommen von spontanen Dammverletzungen und Episiotomien bei verschiedenen Anästhesie- und Analgesieverfahren

Über die chirurgische Versorgung geburtshilflicher Dammverletzungen aller Grade in Lokalanästhesie
Häufigkeit, Ursachen und Heilungsergebnisse von Weichteilverletzungen, insbesondere Dammschäden unter der Geburt
Beitrag zur Kenntnis des veralteten totalen Dammrisses
Die Zerreissung des mütterlichen Dammes während der Geburt
Über Dammrisse

4.1.1.3 Kategorie C

inhaltliche Ausrichtung: Episiotomie allgemein (n = 8)
umfasste Zeitspanne 1911-1968
Die mediane Episiotomie nach Küstner
Die Vorteile und Nachteile der Episiotomie
Dammschutz und Episiotomie
Die Zange, Über den Einfluss auf die Schädigung von Beckenboden und Damm und die Bedeutung der Episiotomie
Die Episiotomie im Spiegel der modernen Fachliteratur
Betrachtungen über die an der Göttinger Uni-Frauenklinik von 1950 bis 58 angewandten Arten von Episiotomien
Die Bedeutung der Episiotomie im Rahmen der geburtshilflichen Prophylaxe für Mutter und Kind
Zur Klinik des Dammschnittes in der heutigen Geburtshilfe

4.1.1.4 Kategorie D

inhaltliche Ausrichtung: Vergleich Episiotomie und Dammriss (n = 5)
umfasste Zeitspanne 1911-1991
Heilungstendenzen der Episiotomie gegenüber dem Dammriss
Die Prognose des Dammrisses und des Dammschnittes bei der Gebärenden
Dammrisse und Episiotomien
Dammriss und Episiotomie
Prospektive klinische Untersuchungen und Befragungen bei Patientinnen mit und ohne Episiotomie, Scheiden- und Dammrissen

4.1.1.5 Kategorie E

inhaltliche Ausrichtung: Episiotomie median und/oder lateral (n = 4)
umfasste Zeitspanne 1980-1991
Mediane oder mediolaterale Episiotomie
Mediolaterale oder mediane Episiotomie: ein Vergleich
Vergleich zwischen mediolateraler Episiotomie und kompletter Perineotomie
Vergleich zwischen medianer und mediolateraler Episiotomie

4.1.1.6 Kategorie F

inhaltliche Ausrichtung: zeitlich nachgeordnete Aspekte des Dammschnittes (n = 3)
umfasste Zeitspanne 1993-1995
Heilungsergebnisse nach Episiotomien
Objektive und subjektive Folgen von Geburten mit und ohne Episiotomie

Gegenüberstellung von langfristigen Komplikationen nach medianen Episiotomien mit Dammriß

Die Einordnung der Titel spiegelt die großen Diskussionslinien wider, stößt aber aufgrund der geringen Anzahl an Titeln leicht an die Grenzen der Interpretierbarkeit.

Im Zeitraum 1888 bis 1949 spielt die Frage nach wirksamer Prophylaxe des Dammrisses mit seinen unter Umständen ungünstigen Folgen für die betroffenen Frauen die weitaus größte Rolle. Dies zeigen die Titel, die in enger zeitlicher Reihenfolge und mit annähernd gleichem Wortlaut dieses Problem untersuchen (Gesamtzahl: 10).

1887 bis 1969 läuft zeitlich fast parallel zu Kategorie A die nähere Untersuchung der Dammverletzungen unter Kategorie B. Inhaltlich ist sie natürlich ebenfalls an die Diskussion der Prophylaxe gekoppelt. Die in dieser Kategorie einsortierten Arbeiten setzen jedoch mit dem Wort „...verletzung“ im Titel andere Prioritäten. Das Hauptaugenmerk liegt auf dem Defekt, nicht auf deren Ausschaltung oder Behandlung (Gesamtzahl: 9).

Der Zeitraum 1911 bis 1968 ist durch die weite Verbreitung und Anwendung der Episiotomie gekennzeichnet. Die Titel in Kategorie C erörtern allgemein die Bedeutung und Anwendung der Episiotomie, sowie den Vergleich der verschiedenen Arten, den Schnitt zu setzen (Gesamtzahl 8).

Die Kategorie D spiegelt einen speziellen Teil der Diskussion um die Episiotomie wider, nämlich die vergleichende Betrachtung von Episiotomie und Dammriß.

Dementsprechend sind beide Stichworte im Titel enthalten und zwingend miteinander verknüpft. Der Zeitraum 1913 bis 1991 umfasst etwa denjenigen der Diskussion um die Episiotomie und deren Schnittrichtung allgemein (Gesamtzahl:5)

Die Kategorie E subsumiert Titel mit der Diskussion um die Richtung der Ausführung des Schnittes. Der relativ kleine Zeitraum, den dies betrifft, umfasst 1980 bis 1991 und darin enthalten sind vier Arbeiten (Gesamtzahl 4).

Ein völlig neuer Aspekt in der Auseinandersetzung konnte im Zeitraum von 1993 bis 1995 ausgemacht werden: Die in Kategorie F enthaltenen Titel untersuchen zeitlich nachgeordnete Aspekte der Episiotomie. Stichworte sind „-ergebnisse“, „Folgen“ und „Komplikationen“ (Gesamtzahl:3).

Da die oben genannten Zeiträume ein Konstrukt der Untersuchung sind, in der alle Veröffentlichungsjahre der in die entsprechende Kategorie eingeordneten Arbeiten zusammengefasst sind, ungeachtet der Zwischenräume und ungeachtet der zeitlichen Überschneidung mit den anderen Kategorien, kann diese Auflistung nur einen Hinweis auf allgemeine Entwicklungen liefern. Dennoch bleibt festzuhalten, dass sich im Untersuchungszeitraum ein Wandel der inhaltlichen Orientierung von der Prophylaxe, über die Dammverletzungen, die Episiotomie und den Dammriß sowie die Diskussion um die Schnittrichtung hin zu zeitlich nachgeordneten Aspekten der Episiotomie anhand der Titel nachweisen lässt.

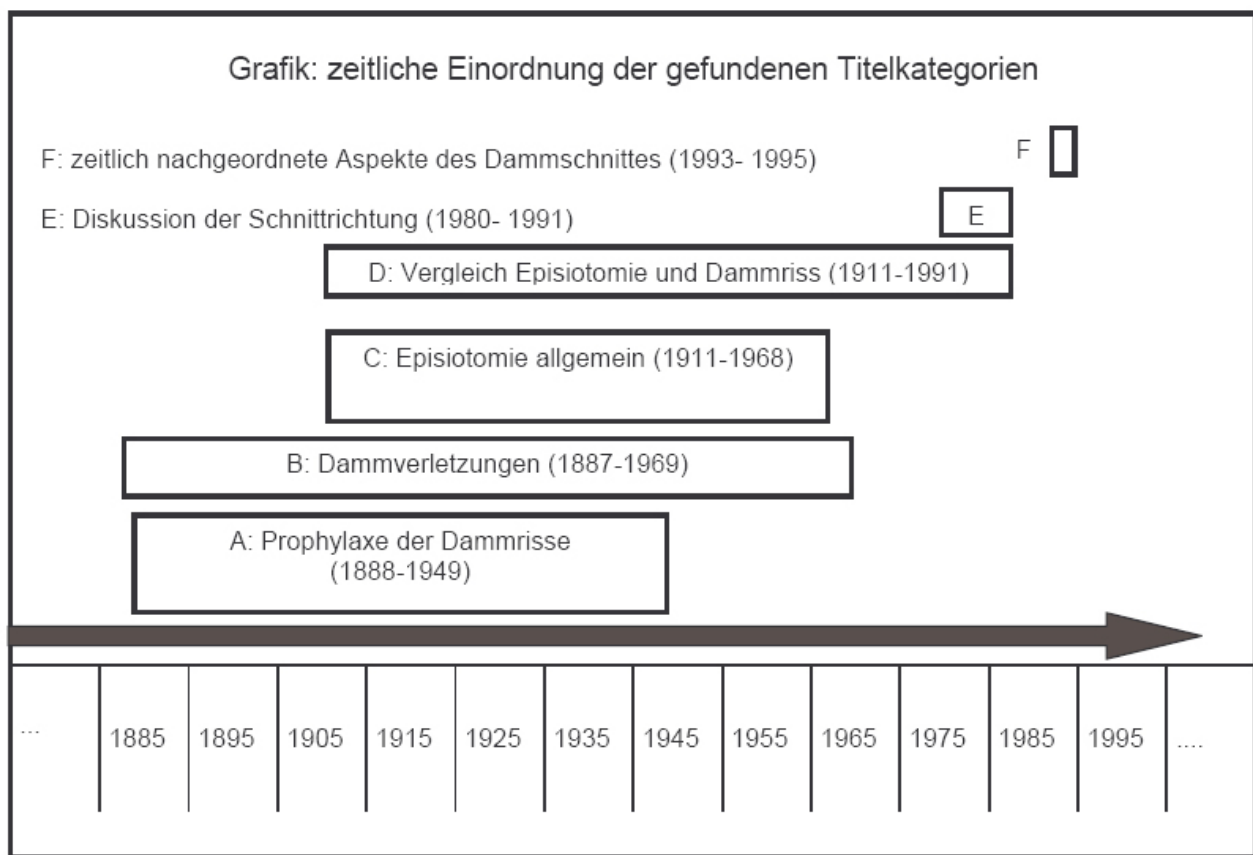


Abbildung 1: Zeitliche Einordnung der gefundenen Titelkategorien

4.1.2 Jahr der Veröffentlichung

Zur Frage nach dem Jahr der Veröffentlichung wurden die in den Arbeiten zur Katalogisierung eingetragenen Daten über den Zeitpunkt der Veröffentlichung herangezogen.

Danach erschienen in den aufgeführten Jahren jeweils Arbeiten zum untersuchten Thema.

1875 -1900	1901 - 1925	1926 - 1950	1951 - 1975	1976 - 2000
1886	1911	1927	1951	1980
1886	1913	1934	1958	1985
1887	1923	1936	1958	1990
1887		1938	1959	1991
1888		1941	1961	1991
1889		1949	1964	1993
1890		1949	1965	1995
1892		1950	1968	1995
1894			1969	
1896				
1896				

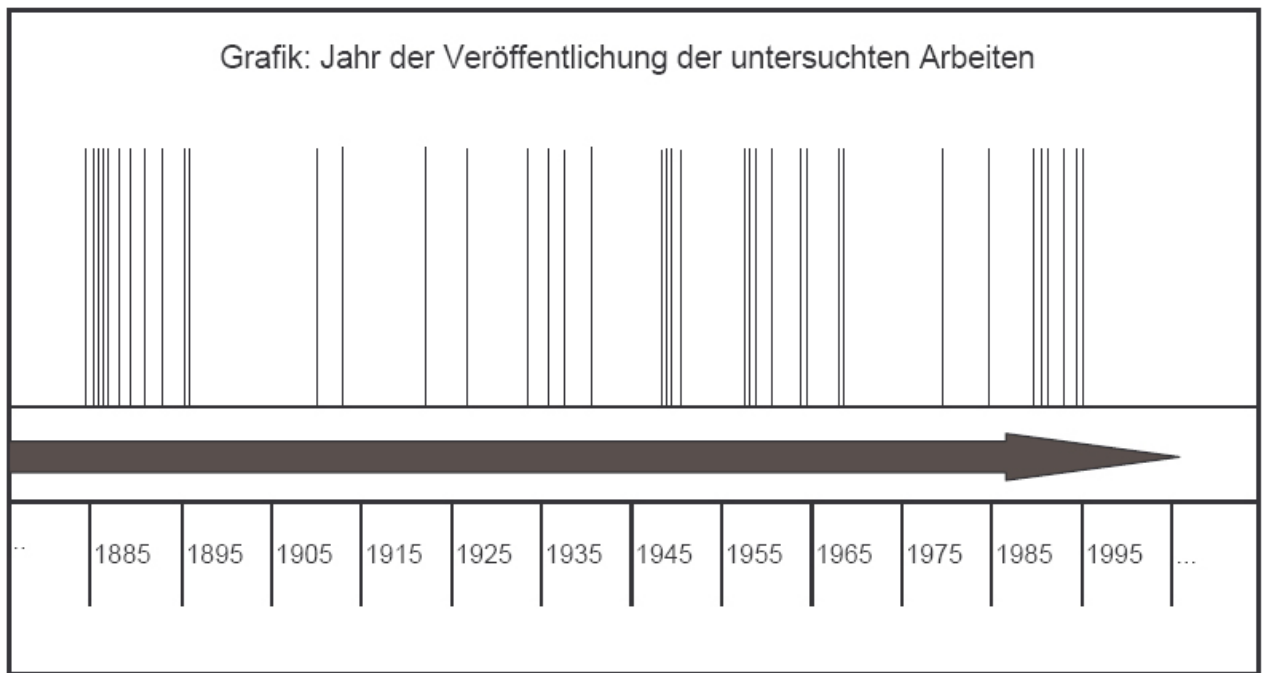


Abbildung 2: Jahr der Veröffentlichung

Dabei ist eine auffällige Häufung in den Publikationen in den Jahren 1886 bis 1896 zu bemerken. Der Zeitraum von 1911 bis 1969 ist durch regelmäßiges Erscheinen von Arbeiten zu diesem Themenkreis gekennzeichnet, während sich in den Jahren von 1896 bis 1911 und von 1969 bis 1980 Lücken von fünfzehn und elf Jahren auftun. In den Jahren 1980 bis 1996 wurden insgesamt acht Arbeiten in sehr unregelmäßigen Abständen zueinander veröffentlicht. Das spiegelt ein Wiederaufflammen der Debatte um den Dammschnitt wider und korrespondiert mit der Beobachtung, dass mit der Veröffentlichung des Übersichtsartikels von Thacker und Banta 1983 (Thacker und Banta; 1983) der Dammschnitt erneut ins Zentrum der Aufmerksamkeit gerückt ist.

4.1.3 Ort der Veröffentlichung

Zur Bearbeitung der Frage nach dem Ort der Veröffentlichung wurden die in den Arbeiten angegebenen Daten genutzt.

Aachen	1995				
Berlin	1886	1969	1991		
Breslau	1911				
Düsseldorf	1934	1936	1990		
Erlangen	1896	1980			
Frankfurt a.M.	1941	1964			
Freiburg	1923				
Göttingen	1913	1951	1961	1965	
Heidelberg	1968				
Jena	1889	1890	1896		
Leipzig	1927	1949	1951		
Marburg	1958	1958	1959		
München	1938				

Münster	1949				
Strassburg	1894				
Tübingen	1892	1985	1991	1993	
Würzburg	1886	1887	1887	1888	1995

Demnach ist Würzburg mit fünf Arbeiten am häufigsten genannt. Mit vier Dissertationen beinahe ebenso häufig vertreten sind die Universitäten Tübingen und Göttingen. Stellt man nun den Zusammenhang zwischen Ort der Veröffentlichung und Zeitpunkt der Publikation her, dann fällt auf, dass vier der fünf Würzburger Arbeiten in den Jahren 1886 bis 1889 erschienen sind, während drei der vier Tübinger Arbeiten zwischen 1985 und 1993 publiziert wurden. Demgegenüber erschienen die Göttinger Arbeiten zeitlich weit verteilt (1913 – 1965). Daraus lässt sich schlussfolgern, dass zwischen 1886 und 1889 in Würzburg und zwischen 1985 und 1993 in Tübingen verstärktes Interesse am Thema Dammschnitt bestanden hat.

4.1.4 Betreuender Hochschullehrer

Für die beiden Zeiten der auffälligen Häufung der Arbeiten in Würzburg und Tübingen schien es sinnvoll, die Namen der betreuenden Hochschullehrer aufzulisten. Die Veröffentlichungen der Jahre 1886 bis 1889 nennen alle das Rektorat von Professor Scanzoni von Lichtenfels an der Universitätsfrauenklinik von Würzburg. Friedrich Wilhelm von Scanzoni wurde 1821 in Prag geboren, wo er auch eine medizinische Ausbildung erhielt und 1848 Privatdozent wurde. 1850 folgte er dem Ruf als Ordinarius nach Würzburg und wurde dort 1887 emeritiert. Scanzoni veröffentlichte 1852 in seinem Lehrbuch (Scanzoni; 1852) ein leidenschaftliches Plädoyer für eine modifizierte Variante der Rittgenschen Methode des Dammschnittes. Er ist einer der Protagonisten der Diskussion um den Dammschnitt und so verwundert die Häufigkeit der Dissertationen zu diesem Thema kaum.

Die in den Jahren 1985 bis 1993 veröffentlichten Arbeiten aus Tübingen sind alle unter dem Direktorat von Professor Hirsch an der Tübinger Universitätsfrauenklinik beendet worden. Auch diese Häufung des Themas verwundert nicht, wenn man in Betracht zieht, dass Hirsch die einzige deutsche Monographie zum Dammschnitt veröffentlicht hat (Hirsch; 1989).

4.1.5 Verwendung von statistischen Erhebungen

Zur Bearbeitung der Frage nach der Verwendung von statistischen Erhebungen wurden die in den Arbeiten von den Autoren gemachten Angaben herangezogen. Anhand der Auswertung der Frageraster lassen sich drei Phasen der Verwendung von statistischen Material nachweisen:

Zum einen eine Phase ohne eigene statistische Erhebungen bis zum Jahre 1911. Dabei enthalten die bis 1896 veröffentlichten Dissertationen überhaupt kein Zahlenmaterial, in einer Arbeit von 1887 wird auf eine Erhebung von Credé und Colpe hingewiesen. In den Arbeiten von 1896 bis 1911 ist eigenes Zahlenmaterial verwendet und in Bezug zu Credé/Colpes Daten gesetzt.

Der darauffolgende Zeitraum bis 1968 ist durch einfache statistische Erhebungen unterschiedlichen Umfangs gekennzeichnet. Ab diesem Zeitpunkt werden retrospektive, einfache Statistiken meist über einen Zeitraum von zehn Jahren zusammengestellt. Als

Datenquellen dienen die Jahrbücher der Universitätsfrauenkliniken. Die verwendeten Methoden entsprechen in etwa der deskriptiven Statistik. Die letzte Arbeit ohne eigene Statistik erscheint 1941, ab diesem Zeitpunkt enthalten alle Dissertationen eine eigene Datenerhebung. Dabei variieren die Datenmengen beträchtlich. Geburtenzahlen von 3204 bis 25518 lassen sich in den Schriften finden. Diese zuletzt erwähnte Zahl erscheint in einer Arbeit von 1950. Hier wurde erstmals eine Übertragung der Daten auf Lochkarten und eine maschinelle Bearbeitung mit dem Hollerith- Verfahren beschrieben (Friese; 1950).

Der Zeitraum bis zum Ende des Zeitrahmens der Arbeit lässt sich mit der Verwendung vielfältiger statistischer Verfahren charakterisieren. Die Methode der Verschickung von Fragebögen an ehemalige Patientinnen wird erstmals für eine 1980 veröffentlichte Arbeit angewandt und ab da zur gängigen Praxis zumindest für einen Teil der Datenerhebung. Beeindruckend neu ist dabei sowohl die Verschickung als auch die Verwendung von Fragebögen (retrospektive Erhebung nach Entlassung aus Sicht der Patientinnen) (Weigel; 1980). Die Methode der Bildung von Matched - Pairs findet sich erstmals 1985 beschrieben (Bleckmann; 1990). Die Methode der prospektiven vergleichenden Studie ist 1990 erwähnt (Bleckmann; 1990).

Die erste kontrollierte Follow- up- Studie und damit die erste über 3-7 Jahre geführte fallkontrollierte Langzeitnachsorgeuntersuchung mittels telefonischer semistandardisierter Interviews überhaupt veröffentlichte eine Arbeit von 1995 (Pieroth; 1995).

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass eine Vervielfältigung und Verfeinerung der Anwendung statistischer Datenerfassung und Auswertung über den gesamten untersuchten Zeitraum zu beobachten ist.

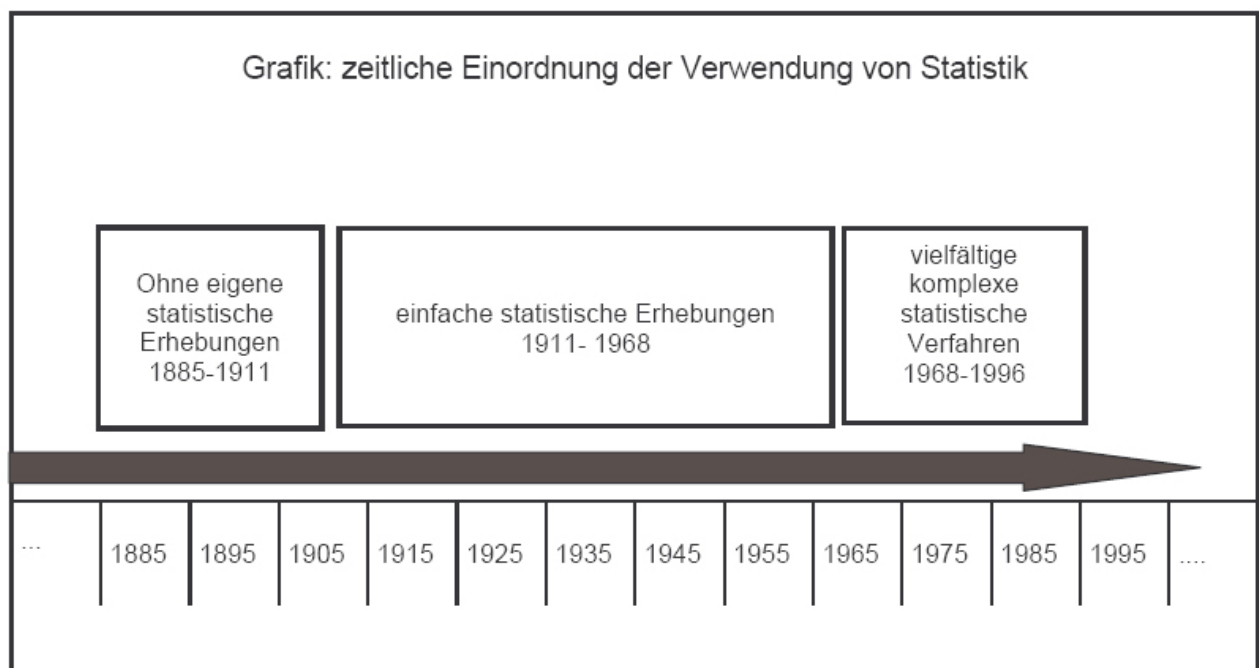


Abbildung 3: zeitliche Einordnung der Verwendung von Statistik

4.1.6 Literaturverzeichnis

Um eine Aussage über die Literaturverzeichnisse der Arbeiten machen zu können, wurden die Veröffentlichungen hinsichtlich des Vorhandenseins oder Fehlens eines solchen untersucht und in Bezug auf die Anzahl der genannten Titel verglichen.

Dabei kann als auffällig festgehalten werden, dass ab 1911 alle Arbeiten mit einem als solchen gekennzeichneten Literaturverzeichnis ausgestattet sind, in den Jahren davor variiert das in den Text einbezogene Zitieren und ein Anlegen eines gesonderten Verzeichnisses. Der Umfang eines solchen Literaturverzeichnisses schwankt zwischen 11 und 80 genannten Titeln. Im gesamten untersuchten Zeitraum nimmt die Anzahl zitierter Lehrbücher ab, auch die Erwähnung von Dissertationen folgt einer fallenden Tendenz. Die Anzahl zitierter Zeitschriftenartikel nimmt jedoch kontinuierlich zu, wozu auch häufig in dieser Form publizierte Dissertationsergebnisse zählen.

Dieser Wandel ist zwar auffällig, lässt sich aber durch den allgemeinen Wandel in der Wissenschaftslandschaft begründen und bildet demnach kein spezifisches Phänomen medizinischer Doktorarbeiten ab.

4.1.7 Inhaltsverzeichnis

Um eine Aussage zur Anlage eines Inhaltsverzeichnisses zu treffen, wurde die äußere Form der einzelnen Arbeiten herangezogen.

Bis 1949 fand sich in den Arbeiten kein gesondert gekennzeichnetes Inhaltsverzeichnis, ab 1958 jedoch durchgängig. Dieser Sachverhalt zeigt die generelle Formentwicklung in den Dissertationen im deutschsprachigen Raum.

4.2 Aussage zur Geschichte der Episiotomie

Bis 1913 findet sich keine Aussage zur Geschichte des Eingriffs. Insgesamt gehen 14 aller untersuchten Arbeiten auf die Frage nach der Geschichte der Episiotomie ein. Dabei lassen sich drei der Häufigkeit nach geordnete Bezugnahmen unterscheiden: Zwölf dieser Arbeiten beziehen sich hauptsächlich oder ausschließlich auf Michaelis als dem „ersten Schneidenden“, vier Arbeiten nehmen zusätzlich auf Ould Bezug und eine einzige gibt eine auf den amerikanischen Kontinent zentrierte Entwicklungsgeschichte an. Die Bezugnahmen auf Michaelis unterscheiden sich kaum voneinander. Eine erste solche Bezugnahme liest sich wie folgt: *„Die blutige Erweiterung nach dem Scheideneingang ist nach Mekertschiantz ein alter Eingriff. Zuerst ritzten Hebammen mit ihren Fingernägeln die zu enge Schamspalte; dann machte man kleine Einschnitte mit schneidenden Instrumenten. Dies soll in der Champagne in einzelnen Gegenden ganz gebräuchlich gewesen sein.“* und: *„Michaelis war der erste, welcher 1790 ´mit dem Pottschen Bistouri in der Raphe von vorn einen Schnitt in der Länge von einem Zoll´ machte.“* (Klages; 1913).

Um die Ähnlichkeit der Texte zu zeigen, hier noch ein weiteres Zitat: *„Nach Mekertschiantz ist die seitliche Inzision schon sehr alt. Zuerst ritzten Hebammen mit ihren Fingernägeln die zu enge Schamspalte, dann machte man kleine Einschnitte mit schneidenden Instrumenten. In neuerer Zeit wandte man sich von diesen Scarifikationen ab und der erste, der einen regelrechten Schnitt machte, war Michaelis 1799.“* (Beermann; 1923).

Eine Arbeit geht im geschichtlichen Abriss weit zurück und liefert einige sehr interessante Hinweise auf weitere „handelnde Personen“: *„Bernhard von Gordon, der am Ende des 13. Jhdts. wirkte, rät in seinem Buch ´Lilium medicinae´, bei narbigen Verengungen im Portiobereich und im Ausgang des Geburtskanals Einschnitte im Sinne von Episiotomien zu machen.“*

„1550 schlug Ambroise Pare vor, die Dammrisse sich nicht selbst zu überlassen, sondern durch deren Naht anatomisch günstige Verhältnisse wieder herzustellen und

damit die Heilung der Geburtsverletzungen zu verbessern und zu beschleunigen.“ Auch hier wieder der bekannte Hinweis auf Michaelis als Abschluss: „1799 hat Michaelis die erste Episiotomie im modernen Sinne ausgeführt.“ (Reinhard; 1961).

Die Bezüge auf Ould sind zahlenmäßig seltener und zum Teil mit dem Hinweis auf Michaelis kombiniert: *„Die erste Episiotomie soll Sir Fielding Ould (1710-1789), der zwischen 1759 und 1766 Master in dem von Bartholomew Moss gegründeten Dublin-Lyong-In Hospital war, geschnitten haben. Die erste mediane Episiotomie wurde 1799 von Michaelis angelegt. Im Jahre 1810 empfahl er den Scheiden- Dammschnitt als prophylaktische Operation zur Verhütung von größeren Dammrissen.“* In dieser Arbeit wird außerdem noch auf Scanzoni und seine erste Form der lateralen Episiotomie hingewiesen:

„Seit dieser Zeit ist der Wert einer operativen Erweiterung des Scheideneinganges für Mutter und Kind kaum angezweifelt worden.“ (Frenzel; 1991).

Eine weitere Variante der geschichtlichen Einordnung ist die amerikazentrierte Sichtweise. Sie findet sich in einer 1993 veröffentlichten Arbeit: *„Zum ersten Mal wurde die Episiotomie im 18. Jahrhundert erwähnt. Beim Einblick in den historischen Werdegang der Episiotomie zeigen sich einige interessante Aspekte. Sir Fielding Ould war 1742 der erste Geburtshelfer, der eine Episiotomie ausführte.*

In der frühen Geschichte der amerikanischen Gynäkologie wurde dieser geburtshilfliche Eingriff selten beschrieben. 1817 behauptete Samuel Bard, der erste Autor eines amerikanischen Buches über Gynäkologie, daß Stiche im Bereich des Perineums mehr schaden als Vorteile bringen. 1851 wurde in den USA von Taliaferro die erste Episiotomie geschnitten, aber auch weiterhin wurde sie nicht generell empfohlen.

Ein 1890 veröffentlichtes Buch von Lusk erwähnt diesen geburtshilflich ausgeführten Eingriff überhaupt nicht. Bei Verletzungen des Perineums während der Geburt sah Lusk als wirkungsvollsten Schritt zur Heilung das Zusammenbinden der Beine der Patientin an. Einen Wendepunkt zu Gunsten der Episiotomie stellte wohl der Wechsel von der Hausgeburt zur Krankenhausgeburt dar. 1892 schrieben Küstner, 1895 Stahl und 1896 von Ott Berichte über die Vorteile der Episiotomie für Mutter und Kind. 1918 und 1930 hoben Pomeroy und Gillis die Vorzüge der medianen Episiotomie hervor, wobei aus einer Untersuchung an 500 Patientinnen mit medianer Episiotomie bei nur vier komplette perineale Risse resultierten. Danach war die Akzeptanz der medianen Episiotomie anfangs noch gering, weil bekannte Gynäkologen zu dieser Zeit die mediolaterale Episiotomie befürworteten.

Erst in den späten vierziger Jahren kam die mediane Episiotomie durch Eastman und 1948 und Kaltenreider und Dixon 1948 zu häufigerer Anwendung.“ (Steckenbiller; 1993).

4.3 Allgemeine Aspekte der Episiotomie

Dieser Punkt des Fragerasters erfasst die in den Arbeiten gemachten Aussagen zur Indikation, zu den Argumenten für einen Schnitt, zu den Argumenten gegen einen Schnitt sowie zum günstigsten Zeitpunkt des Eingriffs.

4.3.1 Indikationen

Das Wort Indikation stammt aus dem Lateinischen und leitet sich vom Verb *anzeigen* ab. Gemeint ist also eine sogenannte Heilanzeige, der Grund zur Verordnung eines bestimmten diagnostischen oder therapeutischen Verfahrens in einem definierten Krankheitsfall, der seine Anwendung hinreichend rechtfertigt. Es werden absolute und

relative Indikationen unterschieden. Im Falle einer absoluten Indikation besteht ein zwingender Grund, im Falle der relativen eine bedingte Gefährdung des Patienten (Pschyrembel; 1990). Da es im Falle der Episiotomie darum geht, einen Krankheitsfall zu vermeiden, sozusagen prophylaktisch tätig zu werden, muss diese Definition der Indikation erweitert werden. Eine weitere Eigenheit ist der kontrovers diskutierte und nicht hinreichend geklärte Nutzen der Episiotomie. Nur so wird die Vielfalt der Indikationen verständlich. Eine Einteilung der Indikationen in absolute und relative ließ sich in den Arbeiten nicht finden. Wichtig in Anbetracht der Analyse der zahlreichen Indikationen scheint die Anmerkung, dass es für diesen Eingriff keine Definition von Kontraindikationen gibt.

In 25 der untersuchten Arbeiten wird zur Frage nach der Indikation einer Episiotomie eine Aussage gemacht. In den Arbeiten, die zu den Indikationen Stellung nehmen, lässt sich eine Entwicklung von der alleinigen Indikation „Missverhältnis“, über sehr zahlreiche und verschiedenartige Indikationen hin zur allein kindlichen Indikation feststellen. Eine Arbeit aus dem Jahre 1993 will in dem folgenden Zitat eine aktuelle Einschätzung geben, liefert aber auch einen zutreffenden Überblick über den gesamten untersuchten Zeitraum: *„Man kann von zwei Hauptmeinungen ausgehen: Die eine Gruppe plädiert für einen großzügigen Gebrauch der Episiotomie überhaupt, die andere Gruppe vertritt die Auffassung, den chirurgischen Eingriff nur bei kindlicher Indikation durchzuführen“* (Steckenbiller; 1993).

Die Indikation „Missverhältnis“ findet sich im Zeitraum zwischen 1886 und 1927 sieben Mal. Als „Missverhältnis“ oder auch „absolutes Missverhältnis“ wird dabei ein ungünstiges Verhältnis zwischen dem Ausmaß des Kindes und den Geburtswegen beschrieben. Dabei wird nicht zwischen knöchernen Anteilen und den Weichteilen des Geburtsweges unterschieden. Das Problem „Missverhältnis“ taucht in den späteren Arbeiten unter diesem Begriff nicht mehr auf.

Die Prophylaxe des Dammrisses als Indikation wird 1892 zum ersten Mal explizit genannt, nämlich: *„wenn ein Riß bis ins Rektum droht“* (Obermüller; 1892). Sie wird in ähnlicher Formulierung in der folgenden Zeit oft als Indikation genannt. Zum Beispiel: *„die Gewißheit, daß die Geburt ohne Verletzung des Dammes nicht abläuft“* (Anders; 1911). Im gesamten Untersuchungszeitraum ist sie 11 Mal nachzulesen. Dabei ist diese Formulierung als sehr unscharf anzusehen, denn die genauere Beschreibung, wann ein Riss bis ins Rektum droht oder wie man zu der Gewissheit kommt, dass eine Geburt nicht ohne eine Verletzung des Dammes abläuft, fehlt.

Die Indikation „Prophylaxe des Descensus“ findet sich einmal in einer Arbeit aus dem Jahr 1991. Demnach soll eine Episiotomie den Beckenboden vor Zerreißung und Überdehnung schützen und damit der späteren Insuffizienz und dem Descensus vorbeugen (Frenzel; 1991). Diese Indikation taucht nur einmal in den Arbeiten auf, nimmt jedoch bei den Argumenten für eine Episiotomie breiten Raum ein.

Weitere Indikationen sind: Degeneration des Dammgewebes, notwendige Geburtsbeschleunigung, krankhafte Veränderungen des Genitales, ungünstige Einstellungen des kindlichen Kopfes, *„durch breite Condylome brüchiger Damm“* (Obermüller; 1892), schwere Zangengeburt, eventuell bei nachfolgendem Kopf, gewünschte Verkürzung der Austreibungsperiode, *„wo eine Stützung des Dammes unzureichend erscheint“* (Wild; 1958), ein großer Kopf, eine regelwidrige Einstellung desselben, ein ungünstig geformter Schambogen, besondere Höhe oder Rigidität des

Dammes, enge und infantile Scheiden, ältere Erstgebärende, starke Varizenbildung, narbige Veränderungen, Gonorrhö, operative Entbindungen Erstgebärender und der Schutz der Frucht vor Schäden.

Und schließlich, um diese Fülle von Indikationen noch zu ergänzen, erklärt eine Arbeit von 1941: Die Indikation *„richtet sich nach dem jeweiligen Fall und muß wohl im einzelnen dem Geburtshelfer überlassen bleiben.“* (Wildermuth; 1941).

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass es eine Fülle von Indikationen für die Episiotomie gibt. Eine mögliche Erklärung dafür wäre der in dem folgenden Zitat hergestellte Zusammenhang: *„Da sie technisch einfach auszuführen ist und für Mutter und Kind eine Reihe von Vorteilen mit sich bringt, gehört sie zum Rüstzeug eines jeden praktischen Arztes.“* (Hopfner; 1968). Trotz der Vielzahl der in den Arbeiten argumentativ vertretenen Indikationen bleiben diese recht unscharf.

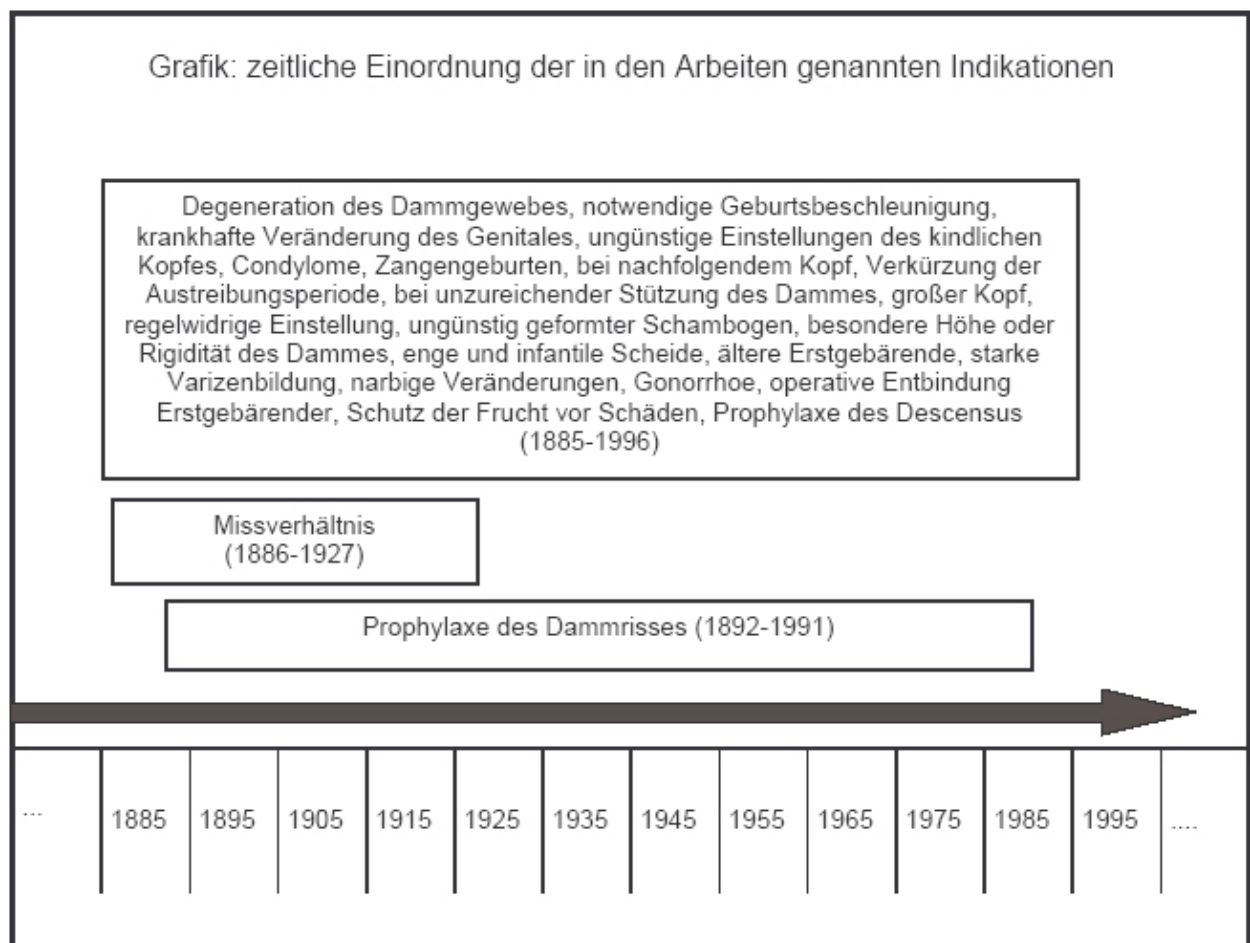


Abbildung 4: zeitliche Einordnung der in den Arbeiten genannten Indikationen

4.3.2 Argumente für das Schneiden einer Episiotomie

In diesem Unterpunkt werden alle in den Arbeiten genannten Argumente für das Schneiden einer Episiotomie zusammengetragen. Beim Vergleich der Punkte *Argumente für das Schneiden* und *Argumente gegen das Schneiden* fällt auf, dass grundsätzlich zahlenmäßig mehr Argumente für das Schneiden aufgeführt werden.

Argumente für die Episiotomie werden in 25 Dissertationen geliefert. Die in den Arbeiten vorgetragenen Argumente werden in Themenkreisen zusammengestellt, um so einen Überblick zu erhalten. Es werden fünf Themenkreise unterschieden:

1. Schnittwunden heilen besser,
2. Dammrupturen sind seltener,
3. Beschleunigung der Geburt,
4. besserer Funktionserhalt der Geburtswege und
5. neben- und nachgeordnete Argumente.

4.3.2.1 Schnittwunden heilen besser als Risse

Dieses Argument ist mit 13 Nennungen die am häufigsten vorgetragene Begründung für die Episiotomie in den untersuchten Arbeiten. Im Unterpunkt 1 werden jedoch auch alle in Zusammenhang mit der Wundheilung und Nahtversorgung genannten Argumente einbezogen, da sie sich auf die Heilung insgesamt beziehen. Die Argumente betreffs der besseren Wundheilung sind gleichmäßig über den untersuchten Zeitraum verteilt, es gibt weder Häufungen noch Lücken in der Ansammlung auf der Zeitachse.

Die zusammengetragenen Argumente lesen sich wie folgt:

Zitat	Autor
Läsion an einen möglichst günstigen Ort verlegen, eine bestimmte Ausdehnung geben , Incisionen heilen schneller	Brecht; 1886
„Schnittwunden bessere Chancen zur Heilung“, Schnittwunden sind zu begrenzen	Gutmann; 1886
„Erzielung einer glatten Wunde dem unregelmäßigen Risse entschieden vorzuziehen sei.“	Parascos; 1887
„daß schließlich eine künstlich angebrachte Schnittwunde unter richtiger Behandlung doch viel schneller und leichter heilt“	Smolinski; 1888
„... weil bei einem glatten Schnitt mit scharfen Rändern die Heilungsaussichten viel besser seien als bei einer unregelmäßigen Rißwunde.“	Willinger; 1889
„Läsion an einen möglichst günstigen Ort zu verlegen“ und „bestimmte Ausdehnung zu geben“ und glatte Ränder heilen schneller	Maas; 1890
„Aussicht auf primäre reaktionslose Heilung der Incisionswunde ist günstiger als bei Ruptur“ und „als Quelle für puerpale Infektionen ist die Wunde irrelevant“ und etwaige Druckgangrän der Scheide wird verhütet	Obermüller; 1892
„die unvermeidliche Läsion an eine möglichst günstige Stelle zu verlegen und auf das kleinste Maß zu beschränken.“	Hensler; 1894
Schnitt läßt sich leicht und gut wiedervereinigen	Ditten; 1896
Incision an den günstigsten Ort verlegen, glatte Wundränder, leichte Vereinigung, schnellere Heilung	Linberger; 1896
„bessere Heilungsergebnisse“	Anders; 1911
Schnittwunde größere Heilungschancen und Größe der selbstgesetzten Verletzung liegt in der Hand des Operateurs und Aussichten auf reaktionslose primäre Heilung bei Incisionen sehr viel günstiger	Klages; 1913
heilt besser, ist besser zu Nähen, weniger Folgeschäden, „1.) die Episiotomie bietet mit ihren glatten, scharf geschnittenen Rändern nach allgemeine chirurgischen Grundsätzen bessere Heilungsaussichten als der gequetschte unregelmäßige Dammriß., 2.) die anatomisch-topographische Orientierung bei der Versorgung der Wunde ist bei einem Schnitt leichter als bei einem Riß., 3.) das Nähen eines Schnittes ist unvergleichlich viel leichter als das eines Risses.“	Hennemann; 1936
Die Technik der Naht ist bedeutend leichter, da die Wundränder scharf geschnitten, glatt und	Wildermuth; 1941

symmetrisch sind und das Wundtrauma unbedeutend ist. - die Orientierung der anatomisch-topographischen Verhältnisse ist bei der Wundversorgung leichter, - Die Wundränder liegen völlig auseinander und bei der schichtweisen anatomischen Naht kommt es zu keiner Blutansammlung am Wundboden, - Der glatte Wundverschluss erschwert das Eindringen von Bakterien.	
Wundverhältnisse klarer, - Erleichterung beim Nähen, - bessere Wundversorgung möglich	Illgner; 1949
günstigere Nahtvereinigung infolge der besseren Übersicht und der glatten Wundverhältnisse und Heilungsaussichten günstiger als bei den spontan entstehenden Beckenbodenverletzungen	Schraeder; 1949
Länge, Richtung und Tiefe einigermaßen sicher vorhehrbestimmbar, scharfrandiger Schnitt ist besser zu versorgen, Heilungstendenz besser als bei Riss	Reinhard; 1961
bessere Naht von geschnittenen als gerissenen Wunden	Frenzel; 1991

4.3.2.2 Dammrisse sind seltener

Das in den Arbeiten weniger oft genannte Argument, dass Dammrisse seltener sind, bildet einen weiteren Themenkreis der Argumente für den Schnitt. Diese Behauptung findet sich ebenfalls über den gesamten untersuchten Zeitraum hinweg.

Die zusammengetragenen Argumente lesen sich wie folgt:

Zitat	Autor
„Hauptmittel um den Damm vor dem Einreißen zu schützen“	Jacobson; 1887
Dammrupturen seltener und Totalrupturen werden ganz verhindert	Obermüller; 1892
Weiterreißen in die tiefen Dammportionen tritt fast nie ein und komplette Spontanrupturen des Dammes seltener und Totalrupturen werden ganz verhindert	Klages; 1913
„die Episiotomie verhindert das Einreißen der Beckenbodenmuskulatur“	Hennemann; 1936
Vorbeugung gegen Einrisse der tiefen Beckenbodenmuskulatur	Wildermuth; 1941
Verhinderung von Zerreißen der Beckenbodenmuskulatur	Weigel; 1980
Vermeidung eines Dammrisses	Bleckmann; 1985
sowie Vermeidung von Rissen	Fachling-Haug; 1991

4.3.2.3 Beschleunigung der Geburt

Ein weiteres Argument für das Schneiden einer Episiotomie ist das Argument der Beschleunigung der Geburt und Vereinfachung entbindender Operationen sowie der sich daraus ergebenden Schonung des Kindes. Diese Hinweise tauchen 1892 erstmals in der Argumentation auf, finden sich im Zeitraum bis 1941 dreimal, ab 1980 jedoch allein viermal. Das kann als Hinweis auf die Verschiebung des Augenmerks hin zur Frage nach der Belastung des Kindes unter der Geburt in neuerer Zeit gedeutet werden.

Die zusammengetragenen Argumente lesen sich wie folgt:

Zitat	Autor
Abkürzung des Geburtsverlaufs	Obermüller; 1892
„die Episiotomie beschleunigt die Geburt, wo die Widerstände durch Weichteile erfolgen, so daß schädliche Folgen für Mutter und Kind, wie Quetschungen der Weichteile mit Nekrose und Fistelbildung, intracraniale Blutungen, Cephalhämatome, Asphyxie usw. vermieden werden.“ und „Die entbindenden Operationen (Zange, Manualhilfe bei Beckenendlagen usw.) werden durch die Episiotomie kolossal erleichtert und beschleunigt.“	Hennemann; 1936
Schnellere Geburtsbeendigung im Interesse von Mutter und Kind und Zangenentbindungen und Geburten mit Manualhilfe werden durch die Episiotomie erleichtert und beschleunigt	Wildermuth; 1941
Verkürzung der Austreibungsperiode und damit verbunden Reduzierung der Hypoxie des Neugeborenen	Weigel; 1980
Verkürzung der Austreibungsperiode	Bleckmann; 1985
Verkürzung der Austreibungsperiode bei hypoxiesuspekten Herzfrequenzmustern und Verminderung des Druckes auf den kindlichen Kopf	Frenzel; 1991
Verkürzung der Austreibungsperiode und Schonung des kindlichen Kopfes	Fachling-Haug; 1991

4.3.2.4 Besserer Funktionserhalt der Geburtswege

Noch ein weiteres Argument für den Schnitt ist die in den Arbeiten geäußerte Behauptung, dass durch die Episiotomie ein besserer Funktionserhalt der Geburtswege gewährleistet ist. Dieses Argument findet sich im gesamten untersuchten Zeitraum.

Die zusammengetragenen Argumente lesen sich wie folgt:

Zitat	Autor
keine Schädigung des Vulvaverschlusses	Obermüller; 1892
keine erwähnenswerte Schädigung des Vulvaverschlusses	Klages; 1913
bei subcutanen Rissen bietet sie gute Wiederherstellungsmöglichkeiten der verletzten Gewebe und beugt somit einem späteren Prolaps vor	Hennemann; 1936
kein Ödem, keine Quetschung und Zerreissung des Gewebes (Prolaps- Prophylaxe!)	Wildermuth; 1941
Vermeidung von Scheidenhämatomen und recto-vaginalen Fisteln (als Folge von Quetschung der Weichteile mit Nekrose)	Wildermuth; 1941
bessere Funktionstüchtigkeit	Illgner; 1949
der Überdehnung der Beckenbodenmuskulatur und ihrer Verletzung vorzubeugen	Schraeder; 1949
um Prolapsbeschwerden vorzubeugen und Prophylaxe von Urininkontinenz und Cystocelenbildung	Reinhard; 1961
damit Prophylaxe von Senkungszuständen	Weigel; 1980
Vorbeugen eines späteren Descensus	Bleckmann; 1985
Vermeidung einer zu starken Dehnung der Beckenbodenmuskulatur	Fachling-Haug; 1991

4.3.2.5 Neben- und untergeordnete Argumente

Schließlich wurden in einem fünften Themenkreis alle in den Arbeiten genannten Argumente zusammengetragen, die neben- und nachgeordnete Hinweise verschiedener Art liefern, aber keinem eigenständigen Themenkreis angehören. Dazu zählen Hinweise auf allgemeine Gepflogenheiten ebenso wie Argumente, die auch in den Katalog der Argumente gegen die Episiotomie aufgenommen werden könnten.

Die zusammengetragenen Argumente lesen sich wie folgt:

Zitat	Autor
„heutzutage beinahe überall angewandt“ und „an und für sich sehr schmerzlos“ und „die Blutung stets sehr unbedeutend“	Smolinski; 1888
„Zudem ist der Dammschnitt während einer Wehe fast schmerzlos auszuführen“	Wildermuth; 1941

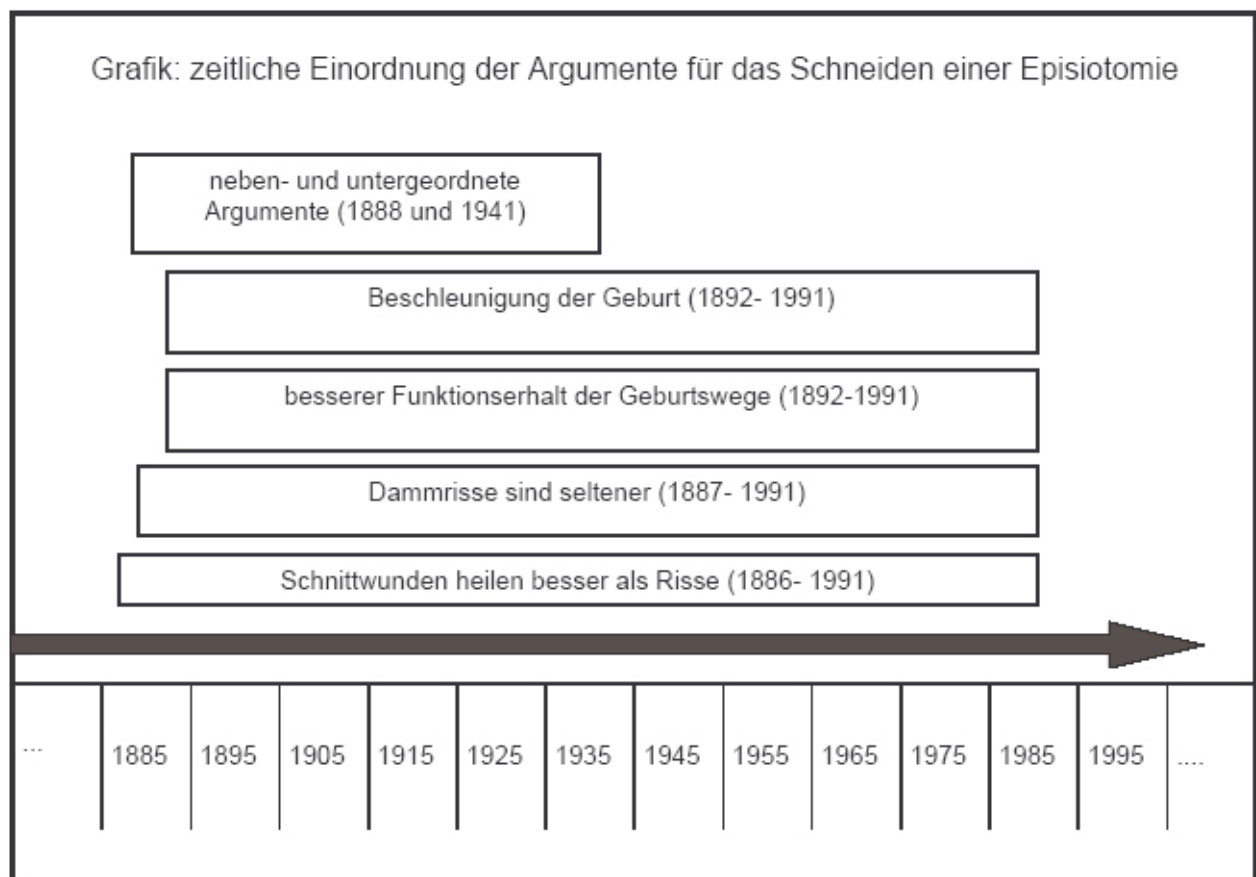


Abbildung 5: zeitliche Einordnung der Argumente für das Schneiden einer Episiotomie

4.3.3 Argumente gegen einen Schnitt

In diesem Unterpunkt wurden alle in den Arbeiten genannten Argumente gegen das Schneiden einer Episiotomie zusammengetragen. Beim Vergleich der Argumente für und der Argumente gegen das Schneiden fällt auf, dass grundsätzlich weniger Punkte gegen die Episiotomie aufgeführt werden.

In 25 Arbeiten finden sich Argumente gegen das Schneiden einer Episiotomie. Generell spielen die Argumente gegen eine Episiotomie eine weitaus geringere Rolle als die für einen Schnitt. Das mag mit der allgemeinen Akzeptanz des Eingriffs zu tun haben. Berücksichtigt man aber den Umstand, dass in einer überzeugenden Argumentation auch die Zweifel genügend Raum einnehmen sollten, um schließlich weitgehend ausgeräumt zu werden, so verwundert die geringe Zahl an Argumenten gegen die Episiotomie in den Arbeiten sehr.

Den weitaus größten Anteil der Argumente gegen eine Episiotomie machen die ohne eine genauere Spezifizierung vorgetragenen Zweifel aus.

Die in den Arbeiten vorgetragenen Argumente werden auch hier in Themenkreisen zusammengefasst, um einen Überblick zu erhalten:

1. Verlängerung des Wochenbettes und mögliche Infektion,
2. keine Verhütung des Dammrisses und Weiterreißen des Dammes trotz Episiotomie,
3. schlechterer Funktionserhalt der Geburtswege,
4. generelle Zweifel,
5. Schmerzhaftigkeit des Eingriffs.

Die generellen Zweifel überwiegen alle anderen Argumente der Zahl nach mit 10 Nennungen.

Zahlenmäßig häufig vertretene Standpunkte sind die Gefahr des Weiterreißen mit 7 und die vermutete Verlängerung des Wochenbettes nebst Gefahr von Infektionen mit 5 Nennungen. Kaum ins Gewicht fallen Argumente, die einen schlechteren Funktionserhalt der Geburtswege befürchten mit nur drei Nennungen und die angenommene Schmerzhaftigkeit des Eingriffs mit einer Nennung. Schaut man sich im Abschnitt „Argumente für die Episiotomie“ die fünf Themenkreise im Vergleich zu den eben genannten genauer an, fällt auf, dass alle schon genannten Argumente ihr jeweiliges Contraargument geliefert bekommen.

Die zusammengetragenen Argumente lesen sich wie folgt:

4.3.3.1 Verlängerung des Wochenbettes und Gefahr von Infektionen

Zitat	Autor
„in Bezug auf Infektionsgefahr Schnitt und Riß gleich irrelevant“ und „bei antiseptischem Verfahren auch ein incompletter Dammriß ebensogut heilt wie eine Incisionswunde“	Obermüller; 1892
„Die Incision gibt Veranlassung zu lokalen Geschwüren und damit zur Verlängerung des Wochenbettes. Die Wunde kann zum Infektionsherd werden.“	Anders; 1911
Verlängerung des Wochenbettes und Wunde als Infektionsherd („fallen fast ausschließlich mit dem Fortschritt der Operationstechnik und der Antisepsis weg“)	Kun; 1927

4.3.3.2 Keine Verhütung des Dammrisses und Weiterreißen des Dammes trotz Episiotomie

Zitat	Autor
Weiterreißen des Dammes und „ <i>eigentlich nur ein Surrogat eines Risses</i> “	Smolinski; 1888
nach Episiotomie erst recht Dammrisse	Linberger; 1896
Die Incision verhindert nicht absolut sicher einen Dammriß.	Anders; 1911
„ <i>verhütet eine Episiotomie nicht den Dammriß sondern begünstigt ihn geradezu</i> “ und „ <i>daß sobald die Integrität der Schamspalte verletzt sei, man auf natürliche Ausdehnung der Teile nicht weiter rechnen könnte.</i> “	Klages; 1913
Weiterreißen	Beermann; 1923
Inzision verhütet nicht sicher einen Dammriss	Kun; 1927

4.3.3.3 Schlechterer Funktionserhalt der Geburtswege

Zitat	Autor
bei „kunstgerechter Vereinigung“ des Dammrisses ebenso Vulvaverschluß	Obermüller; 1892
Nach der Heilung der Episiotomie bleibt eine gewisse Beeinträchtigung des Vulva-Schlusses bestehen	Anders; 1911
schlechtes Zusammenheilen der Naht nach Episiotomie kann Senkungen verursachen	Kun; 1927

4.3.3.4 Generelle Zweifel

Zitat	Autor
„ <i>nicht leicht, sich ein Urteil zu bilden, ob man nicht zu einem nicht zu vermeidenden Dammriss zwei Wunden künstlich hinzufügt</i> “	Brecht; 1886
„ <i>daß man niemals wissen könne, um wieviele eingeschnitten werden müsse</i> “ und „ <i>daß manche ältere Geburtshelfer bezweifelten, daß Schnittwunden besser heilten.</i> “	Gutmann; 1886
„ <i>Dämme, die man durch Incisionen gerettet zu haben glaubte, auch ohne diese nicht gerissen wären</i> “ und „ <i>daß man auch nicht zu ermessen vermöge, in welchen Fällen der Damm Neigung zum Einreißen habe</i> “	Jacobson; 1887
Zeitpunkt und Tiefe schwer zu bestimmen und „ <i>nicht anerkannt, daß die blutige Erweiterung der Schamspalte vor den Dammrissen den Vorzug verdiene.</i> “	Parascos; 1887
zur Abkürzung des Geburtsverlaufs Löhlein'sche Expression geeigneter als Episiotomie	Obermüller; 1892
Schnitte müssen auch wieder genäht werden	Ditten; 1896
„ <i>ein zweifelhaftes Verdienst, welches man sich erwürbe, wenn man einer Gebärenden eine Dammwunde beibrächte, wo eine solche nicht sicher spontan entstanden wäre.</i> “	Klages; 1913
in den letzten Jahren von den betroffenen Frauen zunehmend kritisch gesehen	Frenzel; 1991
„ <i>Dabei kann der Nutzen eines routinemäßigen Einsatzes der Episiotomie, hinsichtlich der Vermeidung von Dammrissen III°, Wundheilungsstörungen, Schmerzen und Descensus, bislang in keiner Studie hinreichend erwiesen werden</i> “	Bernard; 1995

4.3.3.5 Schmerzhaftigkeit

Zitat	Autor
„Die Operation ist schmerzhaft“	Anders; 1911

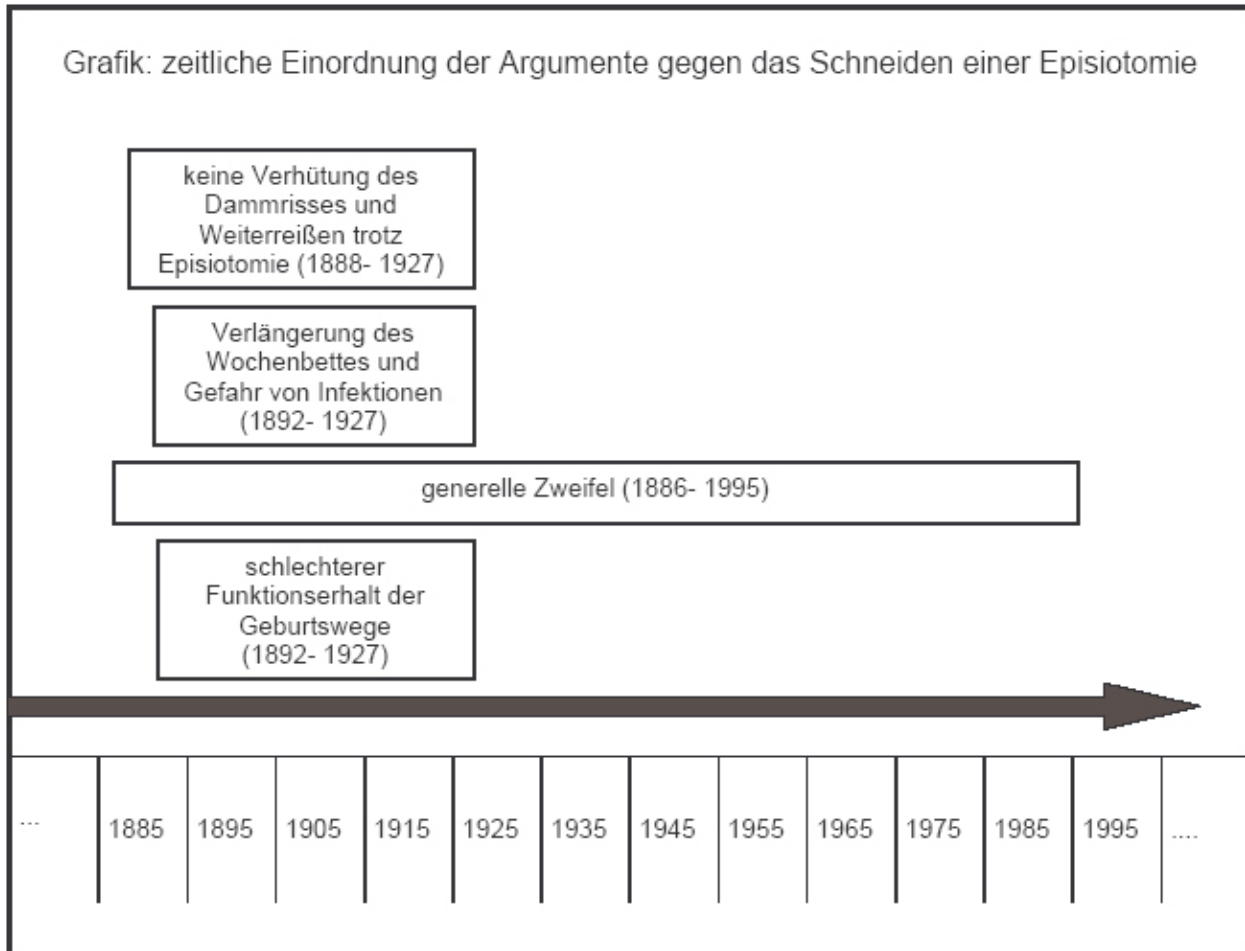


Abbildung 6: zeitliche Einordnung der Argumente gegen das Schneiden einer Episiotomie

4.3.4 Suche nach dem günstigsten Zeitpunkt für den Schnitt

Die Frage nach dem günstigsten Zeitpunkt des Schnittes verlangt nach einem Bezugspunkt. Als Bezugspunkte bieten sich die Austreibungsperiode und die Wehe an. In Bezug auf die Austreibungsperiode wurde die Frage des Zeitpunktes selten diskutiert, in Bezug auf die Wehe gab es bei den alten Geburtshelfern einen heftigen Streit. Die Kontrahenten stritten sich, ob es günstiger sei, vor, während oder nach der „Akme“ einer Wehe den Schnitt zu setzen. „Akme“ meint dabei die Spitze, den Gipfel oder auch die Vollendung und entstammt der griechischen Sprache (Duden; 1990). Zwei von 39 Arbeiten erwähnen nur den Streit, zehn positionieren sich selbst und die restlichen nehmen auf die Frage keinen Bezug. Nach 1941 taucht die Debatte nicht mehr auf. Sieben Arbeiten vertreten den Standpunkt, dass am besten während oder in der Wehe geschnitten wird (Parascos; 1887); (Willinger; 1889); (Maas; 1890); (Obermüller; 1892); (Ditten; 1896); (Kun; 1927); (Wildermuth; 1941). Drei meinen im Nachlassen der Wehe bzw. nach der Akme der Wehe sei günstiger zu schneiden (Brecht; 1886); (Hensler; 1894); (Linberger; 1896).

4.4 Diskussion der Schnittrichtung

Dieser Punkt des Fragerasters erfasst alle zur Schnittrichtung gemachten Argumente in den Dissertationen. Nach Schnittrichtung werden die mediale, mediolaterale und die laterale Episiotomie unterschieden.

Die Richtungsangaben „median“ und „medial“ werden synonym verwendet. Dabei bedeutet medial: „nach der Körpermitte zu gelegen“ und median: „in der Mitte befindlich, in der Mittellinie des Körpers od. Organs gelegen“ (Duden; 1990). Diese feine Unterscheidung treffen die untersuchten Arbeiten nicht und deshalb wird darauf auch im Weiteren verzichtet.

4.4.1 Erläuterung der Begriffe

Um die Begriffe kurz zu erläutern, hier eine Beschreibung der einzelnen Schnitte, wie Hirsch sie in seinem Standardwerk zur Episiotomie voranstellt:

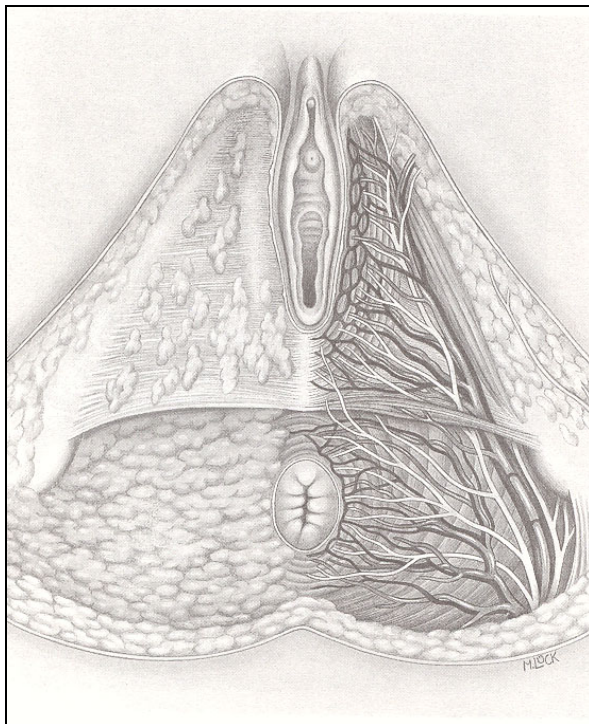


Abbildung 7: Anatomie der Dammregion

4.4.1.1 Mediane Episiotomie:

„Die mediane Episiotomie beginnt an der hinteren Kommissur und spaltet den Damm in der Mitte des Centrum tendineum in der bindegeweblichen Raphe, an der beidseits der paarige M. bulbospongiosus und der M. transversus perinei superficialis ansetzen. Auch die von beiden Seiten kommenden Gefäß- und Nervenäste des Dammes überqueren die Mittellinie nicht. Die mediane Episiotomie ist somit die anatomisch günstigste Schnittführung, und es ist verständlich, daß danach die Wundheilung und die Spätergebnisse am besten sind.“ (Hirsch, 1989).

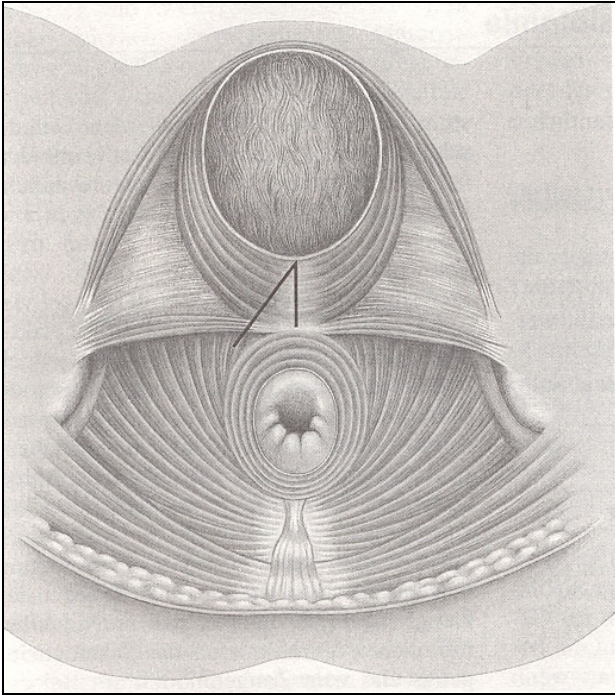


Abbildung 8: Schnittrichtung mediale und mediolaterale Episiotomie

4.4.1.2 Mediolaterale Episiotomie:

„Sie beginnt in der Mitte der hinteren Kommissur wie die mediane Episiotomie und richtet sich in gerader Linie in einem Winkel von knapp 45 Grad nach lateral. Dabei werden der M. bulbospongiosus und der M. transversus perinei superficialis durchtrennt und der M. levator ani oft angeschnitten. Ausgedehnte mediolaterale Episiotomien reichen bis in die Fossa ischiorectalis, die mit Fettgewebe ausgefüllt ist. Fettgewebe ist für Wundkomplikationen am empfindlichsten. Außerdem werden bei der mediolateralen Episiotomie die von der Seite kommenden Gefäße und Nerven des Dammes durchschnitten.“ (Hirsch, 1989).

4.4.1.3 Laterale Episiotomie:

„Im Gegensatz zu den beiden anderen Schnittführungen setzt die laterale Episiotomie nicht an der Kommissur an, sondern lateral davon, also etwa rechts bei 7-8 Uhr oder links bei 4-5 Uhr. Sie wird in Richtung des Tuber ischiadicum geschnitten und durchtrennt den M. bulbospongiosus, den M. transversus perinei superficialis, den M. levator ani und die oberflächlichen Äste der Vasa pudend interna; sie kann die Bartholin-Drüse und evtl. auch deren Ausführungsgang verletzen.“ (Hirsch; 1989).

4.4.2 Die Argumente

Wie in den vorangegangenen Kapiteln wurde versucht, die einzelnen und sehr zahlreichen Argumente zum besseren Verständnis zu gliedern. Dabei werden zum einen die Richtungsangaben, zum anderen die logischen Unterpunkte Vorteile und Nachteile als Koordinaten verwendet. Daraus ergeben sich die folgenden sechs Unterpunkte:

1. Vorteile der medianen Episiotomie
2. Nachteile der medianen Episiotomie
3. Vorteile der mediolateralen Episiotomie
4. Nachteile der mediolateralen Episiotomie
5. Vorteile der lateralen Episiotomie
6. Nachteile der lateralen Episiotomie.

Als zwei Sonderpunkte schließen sich an:

7. indifferente Argumente und
8. Schuchardt-Schnitt

Bis 1913 werden Details der Schnittführung nicht diskutiert, dann bis 1927 kurz und vor allem im historischen Kontext, hatte doch Michaelis 1810 eine Form von medianer Episiotomie durchgeführt und seine Nachfolger die verschiedensten Schnittrichtungen propagiert. Ab 1927 wird es jedoch bis in die heutige Zeit der wichtigste Diskussionspunkt um die Episiotomie überhaupt. Insgesamt nehmen 19 von 39 Arbeiten die Diskussion um die Richtung des Schnittes in ihre Argumentation auf.

4.4.2.1 Vorteile der medianen Episiotomie

Zahlenmäßig mit zwölf Autoren ist die Erörterung der Vorteile der medianen Episiotomie am häufigsten vertreten. Innerhalb der Auflistung wird sinngemäß die „*bessere Abstimmung auf die anatomischen Gegebenheiten*“ mit 14 Nennungen am häufigsten angeführt. Gleich darauf folgt wortwörtlich die „*bessere Wundheilung*“ mit 11 Nennungen. Weitere wichtige Punkte bei der Auflistung der Vorteile der medianen Episiotomie sind die Vermeidung von Descensus und Prolaps, die besser auszuführende Naht, die günstigere Technik, die Verkürzung der Geburtsdauer, höhere Zufriedenheit und weniger Schmerzen, große Erweiterung der Geburtswege, geringer Blutverlust und die geringere Rate an Rissen und Verletzungen trotz medianer Episiotomie.

Bessere Naht

Zitat	Autor
„Die Naht der medianen Episiotomie ist leichter und bietet bessere Heilungsaussichten.“	Hennemann; 1936
Versorgung durch Naht macht weniger Schwierigkeiten	Wildermuth; 1941
technisch leicht zu nähen	Bleckmann; 1985
einfache Naht	Steckenbiller; 1993
Wunde und Naht viel einfacher	Kun; 1927
technisch leicht zu nähen	Pieroth; 1995

Vermeidung von Descensus und Prolaps

Zitat	Autor
soll den Spätfolgen wie Descensus und Prolaps vorbeugen	Kun; 1927
ausgezeichnete Descensusprophylaxe	Reinhard; 1961

Bessere Heilung

Zitat	Autor
heilt leichter als Risse	Kun; 1927
„Nach Norries soll die Narbe nach lateraler Episiotomie noch lange beim Sitzen schmerzen, was bei der medianen nicht der Fall ist.“	Hennemann; 1936
bei der medialen viel bessere Wundheilung	Wildermuth; 1941
mediane Episiotomie heilt besser als Riss und besser als <i>lateral</i> er Schnitt	Brüser; 1958
mediale Schnitttrichtung bessere Heilungsergebnisse	Krüger; 1969
gute Heilungstendenz und gutes kosmetisches Resultat	Bleckmann; 1985
bessere und schmerzfreiere Wundheilung und Komplikationsrate geringer	Meskendahl; 1990
Einfache Wundversorgung, gute Heilung und bessere kosmetische Ergebnisse sowie geringe Belastung im Wochenbett	Faehling-Haug; 1991
gute Heilung des Perineums	Steckenbiller; 1993
gute Heilungstendenz	Pieroth; 1995

Vorteile bezüglich der Technik

Zitat	Autor
günstige Schnittführung	Bleckmann; 1985
leichte Ausführung, symmetrische Spannungsentlastung	Steckenbiller; 1993
relativ kleiner Schnitt, symmetrische Spannungsentlastung und Schnittführung in einer bindegewebig-sehnigen Raphe mit geringem Elastizitätsverlust, da keine Muskulatur durchtrennt wird (außer dem M. bulbospongiosus)	Pieroth; 1995

Verkürzung der Geburtsdauer

Zitat	Autor
Abkürzung der Geburtsdauer und Einschränkung von Zangenindikationen	Kun; 1927

Zufriedenheit und Schmerz

Zitat	Autor
geringe Schmerzhaftigkeit	Bleckmann; 1985
Patientinnen zufriedener mit dem kosmetischen Ergebnis	Meskendahl; 1990
gute kosmetische Ergebnisse	Steckenbiller; 1993
geringe subjektive Beschwerden	Pieroth; 1995

Grad der Erweiterung

Zitat	Autor
<i>„mehr Raum mit gleichartigen Wundflächen und Wundrändern geschaffen wird“</i>	Kun; 1927
maximale Erweiterung durch minimale Incision	Bleckmann; 1985
maximale Erweiterung des Scheidenausgangs durch minimale Incision	Steckenbiller; 1993

Blutung

Zitat	Autor
Gefahr der Blutung gering	Wildermuth; 1941
geringe Blutung	Bleckmann; 1985
Vermeidung von Blutungen	Kun; 1927
<i>„Die Mitte ist nicht so reich an Blutgefäßen, dadurch ist die Gefahr der Blutung verringert.“</i>	Hennemann; 1936
geringe Blutung	Pieroth; 1995

Risse und Verletzungen

Zitat	Autor
Vermeidung von Scheidenrissen und <i>„daß eine eventuell eintretende Ruptur bei langsamen und vorsichtigem Heraustretenlassen des Schädels sich niemals bis zum Rektum fortsetzt“</i>	Kun; 1927
Vermeidung von Nebenverletzungen bei Zangenentbindungen	Pieroth; 1995
keine Durchtrennung von Muskeln außer dem M.bulbospongiosus , keine Verletzung größerer Nerven und Gefäße	Bleckmann; 1985
Ausschaltung von Gewebsquetschungen	Kun; 1927
<i>„Die mediane Episiotomie folgt den anatomischen Muskelbündeln, da die Mitte die natürlichen Vereinigungslinie der Damm- Muskulatur ist.“ und „Die Levatorschenkel bleiben beim medianen Schnitt verschont“ sowie „ Bei Schnitt in der Mitte ist der Zug nach beiden Seiten gleich, bei Narbenkontraktur besteht nicht die Gefahr einer Verzerrung der Vulva und der Scheide.“</i>	Hennemann; 1936
keine Gefahr der Durchschneidung des Ausführungsganges der Bartholinischen Drüsen und keine Verzerrungen der Vulva bei Narbenkontraktur	Wildermuth; 1941
anatomisch und physiologisch angepasste Schnittführung und keine Durchtrennung von größeren Blutgefäßen und Nervenästen	Meskendahl; 1990
Schnitt durch Bindegewebe, dadurch kaum Verletzung von Muskulatur und Gefäßen sowie Nerven	Fachling-Haug; 1991
Wirkungsvolle Minderung der Urethra traumatisierung und korrekte anatomische Darstellung	Steckenbiller; 1993
Keine Durchtrennung von größeren Gefäßen, Nerven oder von Fettgewebe in der Fossa ischiorektalis	Pieroth; 1995

4.4.2.2 Nachteile der medianen Episiotomie

Die Nachteile der medianen Episiotomie listen 10 Autoren auf. Weil die Argumente in ihrer absoluten Anzahl weit geringer und inhaltlich sehr homogen sind, wird auf die oben

eingeführten Unterpunkte verzichtet. Auffällig ist, dass die Nachteile der medianen Episiotomie erst in den Arbeiten ab 1927 eine Rolle spielen. Und auffällig ist ebenso, dass der Hauptnachteil in der Möglichkeit des Weiterreißen allgemein und in den Sphinkter im speziellen gesehen wird. Ein Argument greift die begrenzte Erweiterungsfähigkeit auf, was aber im Prinzip wieder die Frage nach dem Weiterreißen in den Sphinkter nach sich zieht.

Die Argumente im Einzelnen:

Zitat	Autor
„nicht immer eine vollständige Ruptur des Dammes zu verhindern vermag“	Kun; 1927
mediane Episiotomie: reißt unter ungünstigen Verhältnissen in Sphinkter hinein	Schraeder; 1949
Gefahr des Weiterreißen beim medialen Schnitt wird diskutiert	Müller-Lenhartz; 1951
bei medianer Episiotomie Gefahr für den Sphinkter	Brüser; 1958
große Gefahr des Weiterreißen in den Sphinkter	Reinhard; 1961
höhere Frequenz an Rissen	Meskendahl; 1990
Gefahr des Weiterreißen	Frenzel; 1991
Gefahr des Weiterreißen bis in den Sphinkter an hinein	Faehling-Haug; 1991
Nachteil des Weiterreißen	Steckenbiller; 1993
begrenzt erweiterungsfähig und eventuelles Weiterreißen	Pieroth; 1995

4.4.2.3 Vorteile der mediolateralen Episiotomie

Die Vorteile der mediolateralen Episiotomie listen 5 Autoren auf. Sie sind heterogener als die Argumente, die den Nachteilen der medialen Episiotomie zugerechnet werden, zeitlich sind sie den Arbeiten ab 1927 zuzuordnen.

Die Argumente im Einzelnen:

Zitat	Autor
einfachere Wundverhältnisse, Nähen soll nicht schwieriger sein und „Narbenbeschwerden sollen auch nicht größer sein“	Kun; 1927
Wunde nahezu unblutig, Levator gut zu erkennen, Sphinkter nicht gefährdet, gute Heilungstendenz	Schraeder; 1949
Verbindung der Vorteile von lateraler und medialer Episiotomie	Reinhard; 1961
wirkungsvollste Erweiterung des Scheideneingangs	Frenzel; 1991
Weiterreißen kommt seltener vor	Pieroth; 1995

4.4.2.4 Nachteile der mediolateralen Episiotomie

Die Nachteile der mediolateralen Episiotomie beschreiben nur zwei Autoren in ihren Arbeiten. Beide Arbeiten sind in neuerer Zeit erschienen.

Die Argumente im Einzelnen:

Zitat	Autor
mehr Blutgefäße, Nerven und Fettgewebe als beim medianen Dammschnitt durchtrennt	Fachling-Haug; 1991
schlechte Wundheilung: häufiger Schmerzen, Hämatome und Infektionen, deshalb öfter ein anatomisch, funktionell und kosmetisch schlechteres Ergebnis, mittel und langfristige Probleme: Inkontinenz und psychische Probleme	Pieroth; 1995

4.4.2.5 Vorteile der lateralen Episiotomie

Die Vorteile der lateralen Episiotomie erörtern 4 Autoren in ihren Arbeiten. Die Arbeiten sind zwischen 1949 und 1969 erschienen und die Argumente sind relativ homogen auf die Gefahr des Weiterreißen allgemein und in den Sphinkter speziell ausgerichtet. Eine Arbeit erwähnt die Möglichkeit der Erweiterung des Schnittes.

Die Argumente im Einzelnen:

Zitat	Autor
ein eventuelles Weiterreißen zieht den Sphinkter nicht in Mitleidenschaft	Illgner; 1949
Möglichkeit, den Schnitt in der gleichen Richtung zu verlängern	Reinhard; 1961
keine Verletzung des Sphinkter ani auch beim eventuellen Weiterreißen	Maleika; 1965
verminderte Gefahr des Weiterreißen	Krüger; 1969

4.4.2.6 Nachteile der lateralen Episiotomie

Die Nachteile der lateralen Episiotomie werden von 7 Autoren in den Arbeiten in die Diskussion gebracht. Zeitlich ordnen sich die Arbeiten in den Zeitraum zwischen 1927 und 1991 ein.

Die Argumente sind in ihrem Inhalt sehr heterogen, das Hauptaugenmerk liegt jedoch auf der schlechten Wundheilung und nachfolgenden Komplikationen. Aufgrund der geringen Anzahl der Argumente wird auch hier auf die Aufteilung in Unterpunkte verzichtet.

Die Argumente im Einzelnen:

Zitat	Autor
Weiterreißen, Durchschneiden des Ausführungsganges der Glandula Bartholini, Retentionscystenbildung und Möglichkeit der Infektion	Kun; 1927
unnötig große Bindegewebslager werden eröffnet, Levator der betreffenden Seite ist gefährdet, mit einer beim Sitzen störenden Narbe abzuheilen pflegt	Schraeder; 1949
Beschwerden mit Narben lateraler Episiotomie erwähnt	Müller-Lenhartz; 1951
vermehrte Neigung zur Sekundärheilung, großer Blutverlust, Fistelbildung der Bartholinschen Drüsen	Reinhard; 1961
schlechte Wundheilung, schwierige Orientierung während der Naht Insuffizienz des Vulvaverschlusses, Narbenbeschwerden	Maleika; 1965
Heilungstendenz schlechter	Frenzel; 1991
Anzahl der Hämatome sehr hoch und Heilung dadurch sehr schmerzhaft, kaum noch verwendet	Fachling-Haug; 1991

4.4.2.7 Indifferente Argumente

In diesem Unterpunkt wurden einzelne Argumente zusammengefasst, die nicht eindeutig als Argument für oder gegen eine der Episiotomieformen einsetzbar sind, in den Arbeiten aber in der Diskussion um die Schnittrichtung auftauchen. Mit 4 Autoren ist ihre Anzahl gering. Zeitlich sind sie zwischen 1949 und 1995 einzuordnen. Inhaltlich sind sie als sehr heterogen zu bezeichnen.

Die Argumente im Einzelnen:

Zitat	Autor
„Leichter ist allerdings bei medialer Schnittführung die Durchführung der Naht, was aber bei größerer Übung bei lateralen Episiotomien gleich gut zu erreichen ist.“ und „Die funktionellen Ergebnisse nach lateralen und medialen Episiotomien halten sich wohl die Waage, ...“	Illgner; 1949
„Wenngleich angeblich die Heilungstendenz und die kosmetischen Ergebnisse der medialen Episiotomie besser sein sollen- eine Ansicht, der sich der Verf. aufgrund des eigenen Patientengutes nicht anschließen kann - so wurde doch die laterale Episiotomie bevorzugt, da der Musculus sphincter ani hierbei weniger gefährdet ist, falls es zum Weiterreißen des Schnittes kommt. Trotzdem sind einige der kompletten Dammrisse auf diese Weise entstanden“	Bergmann; 1964
„Obwohl die Anhänger beider Schnittarten stichhaltige Gründe für ihre Vorgehensweise anführen können, gibt es - abgesehen von den Indikationen Vakuumextraktion und Beckenendlage - nach wie vor keinen Konsens darüber, wann bevorzugt die mediane und wann die mediolaterale Schnittführung eingesetzt werden sollte.“	Bernard; 1995
Der lateralen Episiotomie wird „nur noch historische Bedeutung“ zugesprochen.	Pieroth; 1995

4.4.2.8 Schuchardt-Schnitt

Ein Autor nimmt Bezug auf eine besondere Form der vaginal-operativen Entbindung, nämlich auf den Schuchardt-Schnitt, der bei komplizierten Entbindungen mit größeren geburtshilflichen Operationen Anwendung findet. Ursprünglich von Schuchardt (Karl-A. Schuchardt; 1856-1901; Chirurg in Breslau und Stettin) bei vaginalen Karzinomoperationen ausgeführt, wurde der Schnitt von Dührssen (Jacobus Alfred Dührssen; 1862-1933; Frauenarzt in Berlin.) als „auf den Levator ausgedehnter Dammschnitt“ (Nawrocki; 1993) in die Geburtshilfe eingeführt.

In der betreffenden Arbeit (Reinhard; 1961) wird auf Komplikationen bei der Wundheilung in Zusammenhang mit dem Schuchardt Schnitt hingewiesen.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass die Vorteile der medianen Episiotomie am häufigsten erörtert werden und dass unter den insgesamt angegebenen Vorteilen wiederum die bessere Nutzung der Anatomie der Dammregion die größte Rolle spielt.

4.5 Zur beschriebenen Praxis in der Klinik

In diesem Kapitel wurden alle Aussagen der Autoren zusammengetragen, die im Gegensatz zur vorherigen theoretischen Diskussion die Praxis in der jeweiligen Klinik beschreiben. Die Trennung in theoretische Diskussion und praktische Umsetzung an den einzelnen Kliniken ist in Teilen eine rein akademische. Es wurde bei der Konstruktion des

Fragerasters davon ausgegangen, dass es Unterschiede zwischen Theorie und Praxis gibt. Diese Annahme wird von einzelnen Arbeiten auch bestätigt, meist wird diese Trennung jedoch nicht vorgenommen. Einige Arbeiten sind aus der theoretischen Überlegung heraus geschrieben und die Routine der Klinik sieht ganz anders aus, andere untermauern mit der theoretischen Debatte allein die praktische Alltäglichkeit. Die Unterscheidung dieser beiden inhaltlich völlig verschiedenen Konzepte ist schwer möglich.

Aus diesem Grund gibt es in diesem Kapitel weit weniger Angaben auszuwerten als angenommen, da nur solche in die Untersuchung einbezogen wurden, die explizit die Praxis der Klinik beschreiben. Die gesammelten Aussagen betreffen:

1. Indikation,
2. Häufigkeit der Anwendung der Episiotomie,
3. Schnittrichtung,
4. Beschreibung der Schnitttechnik und des Schnittgerätes,
5. Zeitpunkt des Schnittes während der Geburt, sowie
6. Aussagen zur Naht.

4.5.1 Indikationen

Zur Indikation der jeweiligen Klinik für den Schnitt einer Episiotomie ist in den Arbeiten bis 1911 keine Angabe zu finden. Zwischen 1911 und 1958 sind Aussagen in den Dissertationen zu dieser Frage gemacht worden, dann erst wieder in Arbeiten, die nach 1993 erschienen sind. In den Arbeiten zwischen 1958 und 1993 klafft eine Lücke in der Frage nach der Indikation zum Schneiden einer Episiotomie. Diese Jahre umschreiben den Zeitraum der größten allgemeinen Akzeptanz des Eingriffs und somit der geringsten Notwendigkeit der genauen Erklärung.

In der Praxis der Kliniken sind die am häufigsten genannten Indikationen drohender Dammriss, Beschleunigung der Geburtsbeendigung und die Kombination aus beidem, zum Beispiel bei einer Zangenentbindung. Das in der theoretischen Debatte so häufig angeführte Missverhältnis findet sich nicht. Insgesamt konnte in neun von neununddreißig Arbeiten eine Aufzählung der Indikationen zur Durchführung der Episiotomie gefunden werden. Zwei davon sind als ausgesprochen indifferent einzuschätzen: *„Heute ist unter den namhaften Geburtshelfern die Episiotomie fast allgemein als nützlich und gewinnbringend anerkannt. Meinungsverschiedenheiten bestehen jedoch in der Beantwortung der Fragen, wann und wie die Episiotomie gemacht werden soll, und wie tief der Schnitt angelegt werden muß.“* (Wiemer; 1938) und die Indikation wird *„liberal gehandhabt“* (Pieroth; 1995).

Die Indikationen im Einzelnen:

Zitat	Autor
„daß es trotz aller Bemühungen beim Durchschneiden des Kopfes ohne Riß nicht abgehen wird“, „zur Beschleunigung der Geburt“ und „wegen Wehenschwäche oder zu rigider Weichteile der Mutter“	Klages; 1913
„Der Geburtshelfer muß die Überzeugung gewonnen haben, daß auch ein sachgemäß ausgeführter Dammschutz nicht zum Ziele führt und der Dammriß unvermeidlich ist“	Beermann; 1923
durch Beschleunigung der Austreibung Retten des kindlichen Lebens, kein Anlegen einer Episiotomie, wenn eine Totalruptur mit einiger Sicherheit vermieden werden kann	Kun; 1927
Zangenentbindungen, Beckenendlagen, Spontangeburt bei hohen und rigiden Dämmen, bei Deflexionslagen, hinteren Hinterhauptslagen und tiefem Querstand	Hennemann; 1936
„wo eine auf gute Erfahrung gestützte exakte Beobachtung ergibt, daß mit größter Wahrscheinlichkeit	Wildermuth; 1941

der Damm reißen wird. Hierzu gehören besonders auch die Zangenentbindung und Steißlagen Erstgebärender“	
besondere Dammbeschaffenheit, Absinken oder Schwanken der kindlichen Herztöne, Eklampsie, Schwangerschaftstoxikose, Geburtsstillstand und Zangenanwendung, Lageanomalien, Drohender oder sich erweiternder Dammriss, sonstige innere Leiden	Müller-Lenhardt; 1951
wenn ein Dammriß unvermeidlich schien, kindliche oder mütterliche Indikation erfordert eine rasche Beendigung der Geburt	Bernard; 1995

4.5.2 Häufigkeit der Anwendung der Episiotomie

In diesem Kapitel wurden alle Angaben der Autoren zusammengetragen, die den Einsatz der Episiotomie in der jeweiligen Klinik beschreiben. Zwei Adjektive sollen dabei die Unterscheidung der verschiedenen Häufigkeiten gewährleisten: restriktiv und liberal. Hirsch unterscheidet in seiner Arbeit (Hirsch; 1989) ebenfalls die Kategorien restriktiv und liberal. Restriktiv meint demnach „mit zwingender kindlicher Indikation“ und liberal „immer Episiotomie bei drohendem Dammriß“.

Zur zahlenmäßigen Trennung der beiden Kategorien bezieht sich Hirsch auf Zahlenmaterial von Sleep et al., die eine Episiotomierate von 10,2% bei restriktiver und von 51,4% bei liberaler Anwendung postulieren (Sleep; 1989). Dieses Unterscheidungskriterium wird auch hier verwendet.

Bis 1923 finden sich in den Arbeiten keine Angaben zur Häufigkeit der Anwendung der Episiotomie in der einzelnen Klinik. Insgesamt lassen sich in 15 von 39 Arbeiten Angaben zur Häufigkeit überhaupt treffen. In der Tabelle werden die Dammschnittfrequenzen für alle Geburten im jeweiligen Untersuchungszeitraum der Arbeiten aufgelistet.

< 10 % restriktiv	weder noch	> 50% liberal
Beermann, 1923 (0,9%)	Wildermuth, 1941 (12,4%)	Weigel, 1980 (92,8%)
Müller-Lenhardt, 1951 (4%)	Friese, 1951 (14,2%)	Bleckmann, 1985 (77,6%)
	Reinhard, 1961 (19,6%)	Faehling-Haug, 1991 (61,9%)
	Bergmann, 1964 (27,9%)	Bernhard, 1995 (65,6%)
	Maleika, 1965 (33%)	Pieroth, 1995 (82,3%)
	Hopfner, 1968 (47%)	
	Krüger, 1969 (20,5%)	
	Frenzel, 1991 (44,3%)	

In zwei von 15 Arbeiten wird eine restriktive Handhabung beschrieben. Die Arbeiten sind in den Jahren 1923 und 1951 erschienen. Diese Praxis wird wie folgt erklärt: „In der hiesigen Klinik war man bestrebt, solange es irgendwie möglich war, den Damm ohne Einschnitt zu erhalten und hoffte bis zum letzten Augenblick, daß der Damm heil und unverletzt bleiben werde und überzeugte sich erst vom Gegenteil, wenn Kopf und Kind geboren waren.“ (Beermann; 1923).

In acht von 15 Arbeiten liegen die Zahlen zwischen 10% und 50% und sind weder als restriktiv noch als liberal zu bezeichnen. Zeitlich wird ein Raum zwischen 1941 und 1991 umschrieben. Die Grundeinstellung bei diesen Arbeiten beschreibt folgendes Zitat:

„Man sollte deshalb in Zweifelsfällen lieber eine Episiotomie zuviel anlegen, als später mehr Frauen als nötig mit unschön verheilten Dammpartien entlassen müssen.“
(Reinhard; 1961).

In fünf von 15 Arbeiten wird die liberale Handhabe der Indikation zur Episiotomie beschrieben. Die Arbeiten sind in den Jahren 1980 bis 1995 erschienen. Ausgenommen sind demnach die älteren Dissertationen. Die Zahlenangaben ordnen sich zwischen 61,9% aller Geburten (Faehling-Haug, 1991) und 92,8% der Entbindungen (Weigel, 1980) ein.

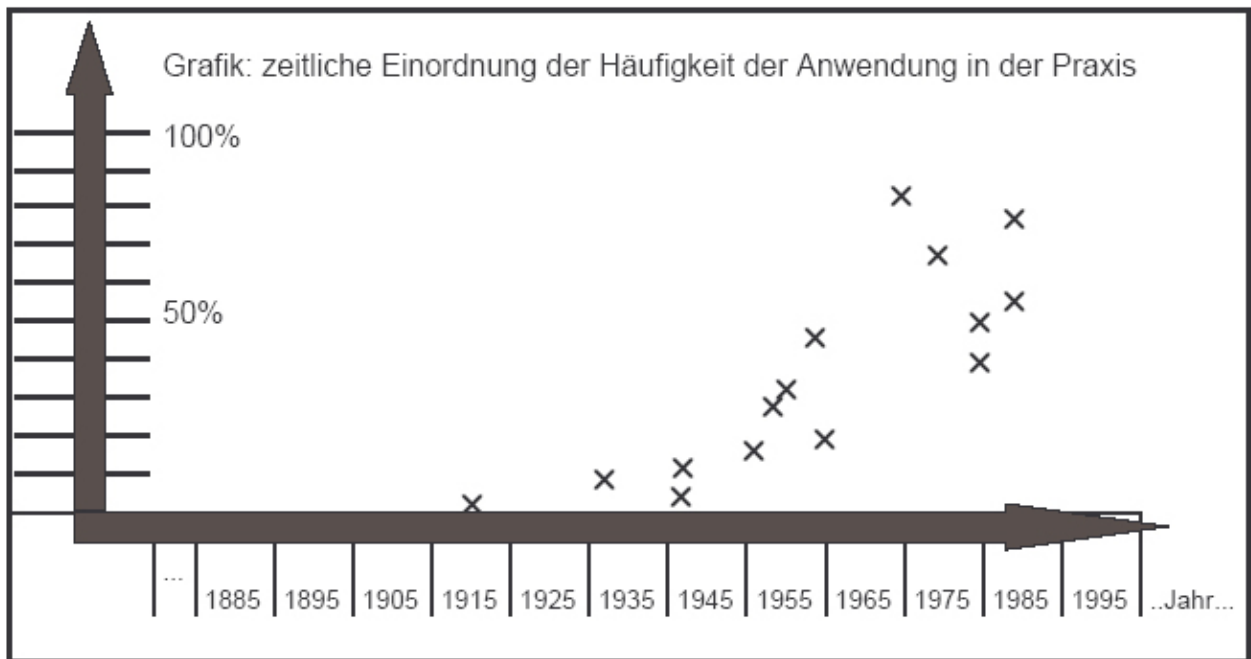


Abbildung 9: zeitliche Einordnung der Häufigkeit in der Praxis

4.5.3 Schnitttrichtung der Episiotomie in der Praxis

In diesem Unterpunkt werden alle Angaben zur Schnitttrichtung in der Praxis zusammengetragen. Bis 1911 lässt sich in den Arbeiten dazu keine Angabe herauslesen. In 19 von 39 Arbeiten kann eine Angabe zur Schnitttrichtung in der Praxis ausgemacht werden. Zur Untergliederung der verschiedenen Anwendungsmöglichkeiten wird eine Unterteilung vorgenommen:

1. rein mediane und überwiegend mediane Episiotomien,
2. rein laterale und überwiegend laterale Episiotomien,
3. median und mediolateral,
4. rein mediolateral und überwiegend mediolateral,
5. individuelle Entscheidung zur Schnitttrichtung und
6. Umstellung von der einen hin zur anderen Möglichkeit.

4.5.3.1 Rein median und überwiegend mediane Episiotomien

In diese Kategorie ordnen sich sechs Arbeiten ein, sie sind gleichmäßig über den Zeitraum zwischen 1911 und 1991 verteilt.

4.5.3.2 Rein lateral und überwiegend laterale Episiotomien

Hier finden sich sieben Arbeiten im Zeitraum zwischen 1913 und 1969. Sowohl ganz früh als auch ganz spät im Untersuchungszeitraum angesiedelte Arbeiten sind nicht enthalten.

4.5.3.3 Median und mediolateral

In diese Kategorie ordnen sich zwei Arbeiten ein, in denen die beiden Schnittrichtungen gleichberechtigt verwendet angegeben wurden. Es handelt sich um Arbeiten aus den Jahren 1990 und 1995.

4.5.3.4 Rein mediolaterale und überwiegend mediolaterale Episiotomien

Vier Arbeiten werden unter dieser Schnitttrichtungsangabe zusammengefasst. Die Arbeiten sind in einem Zeitraum zwischen 1968 und 1991 entstanden. Die darin enthaltenen Angaben sehen wie folgt aus:

Zitat	Autor
in 97% der Entbindungen mediolateraler Schnitt, 3% medianer Schnitt	Hopfner; 1968
„Im Untersuchungszeitraum wurden bei 92,8 % der Patientinnen ein Dammschnitt gelegt. Bei 1785 Entbindungen (71,6%) wandte man die mediolaterale Schnittführung und bei 529(21,2%) den medianen Schnitt an.“	Weigel; 1980
vorwiegend mediolateral	Bleckmann; 1985
links mediolateral in 97,91 % der Patientinnen	Frenzel; 1991

4.5.3.5 Individuelle Entscheidung der Schnitttrichtung

In einer Arbeit findet sich die folgende Angabe:

„Alle Methoden haben ihre Vor- und Nachteile, aber jede erreicht ihre höchste Leistungsfähigkeit in bestimmten Fällen, und wenn man das Richtige wählen wollte, müsste man in jedem Falle individualisieren.“ (Kun; 1927).

4.5.3.6 Umstellung von einer zu einer anderen Schnitttrichtung

Die Umstellung der Praxis von einer zur anderen Schnitttrichtung ist im Untersuchungszeitraum einmal beschrieben, und zwar von der mediolateralen zur medianen Episiotomie. (Steckenbiller; 1993).

Zusammenfassend ergibt sich zu den Angaben über die Praxis der Schnittführung in den Arbeiten ein sehr heterogenes Bild. Die Verwendung der medianen Episiotomie ist über den ganzen Untersuchungszeitraum verteilt, die laterale Episiotomie findet ab 1968 keine Anhänger mehr und der Zeitraum der Anwendung der mediolateralen Episiotomie in den untersuchten Arbeiten erstreckt sich von 1968 bis 1991.

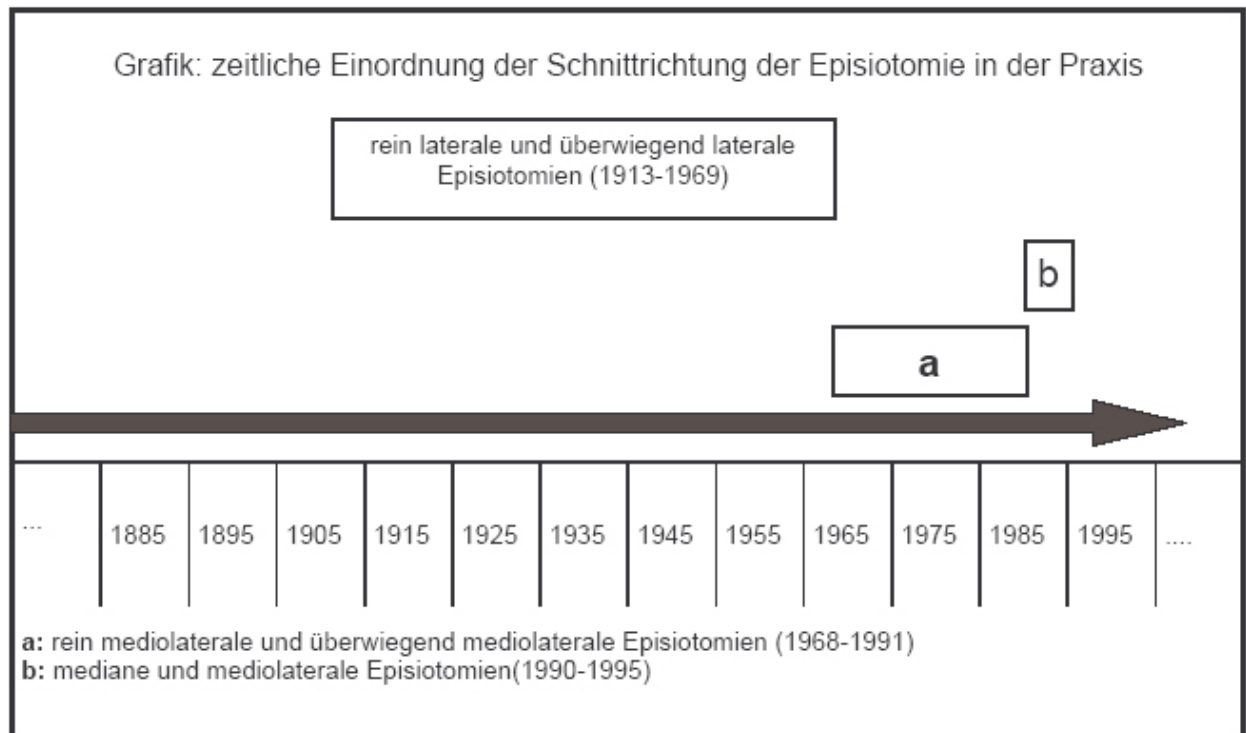


Abbildung 10: zeitliche Einordnung der Schnitttrichtung der Episiotomie in der Praxis

4.5.4 Technik der Schnittführung und Instrumente

Die Beschreibung der genauen Schnitttechnik und der dafür verwendeten Instrumente nimmt in den alten Arbeiten breiten Raum ein, ab 1949 finden sich in den Arbeiten dazu keine Angaben mehr. Es ist davon auszugehen, dass die Praktizierenden zum einen andere Quellen zum Wissenserwerb von Techniken und Instrumenten bevorzugten als die Verwendung von medizinischen Dissertationen als auch, dass die Verwendung von bestimmten Techniken und Instrumenten allgemein anerkannt war und keiner speziellen Erwähnung bedurfte.

Die aus den Jahren 1887 bis 1896 stammenden Beschreibungen ähneln einander sehr, wie ein Vergleich der im folgenden abgedruckten Varianten zeigt:

Zitat	Autor
„Die großen Schamlippen während der Wehe seitlich vom Frenulum in der Länge von ungefähr 1,5 cm in der Richtung der Sitzknorren einschneide.“	Parascos; 1887
„daß die großen Schamlippen seitlich vom Frenulum auf 1-1,5 cm tief in der Richtung gegen die Tubera ischii eingeschnitten werden.“	Smolinski; 1888
„am hinteren Umfange der Schamspalte möglichst entfernt von der Mitte von jeder Seite eine Incision macht, von der Länge von 1-2 cm in der Richtung nach dem Sitzknochen zu“	Maas; 1890
„...einen größeren Schnitt in die Gegend seitlich vom Frenulum gegen das tuber ischii...“	Obermüller; 1892
Einschnitt in den hinteren Vulvarand in der Richtung auf das Tuber ischii	Ditten; 1896
„seitlich vom Frenulum in der Richtung nach dem Sitzknorren zu zwei je 1,5 cm lange Einschnitte“	Linberger; 1896

Einzig die Genauigkeit der Angaben und die Verwendung deutschen oder lateinischen Vokabulars unterscheidet die Autoren.

Als Instrumentarium werden in diesem Zeitraum das geköpfte Bistouri, die scharfe oder stumpfe Schere, das Seilersche Bruchmesser oder allgemein Messer oder Schere vorgeschlagen.

Zwischen 1911 und 1949 lesen sich die Beschreibungen vielfältiger, zu den Instrumenten fehlen die Angaben oder beschränken sich auf die Angabe Schere:

Zitat	Autor
„Schneidet der Kopf ein, hat er die Vulva bereits so gedehnt, daß ein beträchtliches Segment von ihm auch in der Wehenpause sichtbar bleibt, dann ist der Damm von seiner ursprünglichen Länge vom Anus bis zum Frenulum gemessen von ca. 4cm auf das Doppelte und mehr verlängert. Ist jetzt die Spannung so bedeutend, daß ein Riß droht, dann schneidet man mit Richter'schen Schere zunächst etwa 2 cm tief ein.“	Anders; 1911
„schiebt man die stumpfe Branche einer Schere zwischen Kopf und den scharf gespannten Saum des Dammes vor und schneidet ihn schräg seitwärts in der Richtung gegen das Tuber ischii etwa 2-3 cm tief ein.“	Klages; 1913
„Man geht am Zweckmäßigsten mit einem geköpften Messer oder mit der Schere unter Führung der Finger ein und spaltet den Damm je nach Bedarf unter Schonung des Sphinkter ani, der eventuell seitlich umgangen werden kann.“	Hennemann; 1936
„Schnitttrichtung, die median begonnen und seitlich so gerichtet ist, daß sie tangential auf den Sphinkter ani zu verläuft.“	Schraeder; 1949

4.5.5 Zeitpunkt des Schnittes während der Geburt

Wie schon im Kapitel 4.3.4 erläutert, ist die Trennung zwischen theoretischer Argumentation und praktischer Ausführung nicht immer vorzunehmen. Die Frage nach dem Zeitpunkt des Schnittes ist eine solche. Eine Unterscheidung war nicht möglich.

4.5.6 Aussagen zur Naht der Episiotomie

In diesem Kapitel wurden alle Aussagen zur praktischen Durchführung der Naht gesammelt. Insgesamt sind die Angaben zur Nahttechnik im gesamten Untersuchungszeitraum sehr heterogen. Fehlende Angaben, einfache Erwähnung der Naht und detaillierte Beschreibungen wechseln einander ab.

Eine erste Beschreibung der Naht lässt sich in einer Arbeit aus dem Jahr 1913 nachlesen:

„In der Tiefe wird eine fortlaufende Catgutnaht gelegt, darüber näht man nochmals eine fortlaufende Catgutnaht... an der äußeren Haut kommen Drahtknopfnähte zur Anwendung. Das beste Nahtmaterial für Dammverletzungen ist Catgut.“ (Klages; 1913).

Eine weitere solche Beschreibung stammt aus dem Jahr 1961 und liest sich wie folgt:

„Die Vaginalhaut sowie die Dammuskulatur werden in einzelnen Knopfnähten wieder in anatomisch richtige Lage gebracht, während die Haut ebenfalls mit Knopfnähten aus Nylonfäden zusammengebracht wird.“ (Reinhard; 1961).

Wird 1968 eine Angabe wie „schichtweise“ Naht ebenso angewandt wie „durchgreifende“ Naht (Hopfner; 1968) als ausreichend betrachtet, sind die Beschreibungen der Nahttechnik ab 1990 ausführlich, detailliert und unter Umständen in einem eigenen Kapitel zusammengefasst:

(Meskendahl; 1990) oder mit ausführlichem Literaturreview versehen (Frenzel; 1991).

Verständlich und knapp angesichts der vielen Informationen, die gegeben werden, ist die folgende Aussage:

„Die Vaginalhaut wird mit einem Polylaktinfaden der Stärke 3/0 bis zum Introitus fortlaufend genäht. Die tieferen Dammschichten werden entweder mit drei bis fünf Stichen einer fortlaufenden überwindlichen Naht mit dem Rest des Fadens der Scheidennaht adaptiert oder mit drei bis fünf Einzelknopfnähten (Fadenstärke 3/0 oder 4/0) verschlossen. Die Subcutis wird mit einer überwindlichen Naht mit einem Faden der Stärke 4/0 genäht. Mit demselben Faden wird die Haut intrakutan verschlossen.“ (Faehling-Haug; 1991). Ein Plädoyer für die „fortlaufende Intracutantechnik mit resorbierbaren synthetischen Materialien“ findet sich in der Arbeit von Bernard (Bernard; 1995).

4.6 Einschätzung der Autoren der untersuchten Arbeiten zur Episiotomie

Die meist am Ende der Arbeiten zu findenden Grundsätze für die Anwendung einer Episiotomie sollen auch hier zum Schluss Beachtung finden. Sie sind in zeitlich geordneter Reihenfolge aufgelistet:

Zitat	Autor
„Bei so vorsichtiger Handhabung der Methode wird man wohl kein prinzipieller Gegner derselben sein können“	Brecht; 1886
„auf der Mittelstraße am besten fahren, nämlich dann einzuschneiden, wenn die praktische Einsicht und Erfahrung sagt: Incidierst du jetzt nicht, reißt der Damm.“	Gutmann; 1886
„Sicher ist, daß durch Incisionen, wenn auch nicht in allen Fällen, so doch in den meisten, Dammrisse verhütet oder wenigstens in ihrer Ausdehnung beschränkt werden können.“	Jacobson; 1887
„Die geringen Nachteile, die eine so geschaffene Wunde darbiete müssen vollkommen zurücktreten gegenüber den großen Vorteilen, die wir damit erzielen.“	Parascos; 1887
„In neuerer Zeit ist man trotz der Crede'schen Empfehlung immer mehr von den Incisionen zurückgekommen, da man die Bemerkung macht, daß ein frischer Riß bei antiseptischem Verfahren ebenso gut heilt als ein Schnitt, den man doch auch nähen muß. Nur wenn ein großer Riß bis ins Rektum droht, greift Schultze zum Messer.“	Smolinski; 1888
„dann muß man unwillkürlich zu der Überzeugung kommen, daß mit vollkommenem Rechte die Anwendung der Episiotomie sich eines so gewaltigen Zuspruchs in der Praxis erfreut.“	Maas; 1890
„Aus dem Material der hiesigen Klinik läßt sich kein Vorzug der seitlichen Episiotomie vor dem Dammriß erkennen; man könnte fast das Gegenteil behaupten, denn 92% Dammrisse und nur 75% Episiotomien zeitigten eine primäre Heilung... Ist daher die Heilungstendenz der seitlichen Episiotomie gegenüber dem Dammriß etwas schlechter, so ist trotzdem diese Incision in sehr vielen Fällen von pathologischer Geburt einem spontanen Einreißen vorzuziehen, um eben die großen gefährlichen Risse mit ihren üblen Folgen hintanzuhalten daß aufgrund der in dieser Arbeit gemachten Erfahrungen Versuche mit der medianen Episiotomie an der Göttinger Klinik gemacht werden sollen.“	Klages; 1913
„Die Sicherheit der Vermeidung der Rupturen III. Grades genügt allein schon, der Episiotomie weiteste Verbreitung zu verschaffen, zumal gegenüber den schweren Folgeerscheinungen einer totalen Ruptur die kleine Operation der seitlichen oder medianen Inzision keine Rolle spielt.“ „Alle diese Gesichtspunkte geben Anlaß, die Episiotomie als einen unter Umständen äußerst nützlichen, immer aber unschädlichen Eingriff zu empfehlen, ohne daß dabei die spezielle Indikation für die Anwendung besonders eng gezogen werden braucht.“	Beermann; 1923
„Kurz zusammenfassend empfehlen wir, die Episiotomie nur im äußersten Falle anzuwenden. Mag der Eingriff noch so geringfügig sein, als Vorteil kann er nur dann angesehen werden, wenn damit ein	Kun; 1927

gefährdetes kindliches Leben gerettet oder eine mit wahrscheinlicher Sicherheit eintretende Totalruptur vermieden werden kann.“	
„die Zahl der Descensus nach Episiotomie übersteigt die Zahl der Descensus nach Ruptur“ „Zusammenfassend kommen wir nach diesen an der Düsseldorfer Klinik angestellten Untersuchungen zu dem Endergebnis, daß die Episiotomie im Wochenbett wegen der höheren Infektionsgefahr und der damit verbundenen Nachteile der spontan entstandenen Ruptur erheblich nachsteht und daß die Episiotomie bei der Frage nach der Funktionserhaltung des Beckenbodens ebenfalls keinerlei Vorteile bietet.“	Bode; 1934
„Die mediane Episiotomie ist trotz der Gefahr des totalen Dammrisses der lateralen vorzuziehen...“	Hennemann; 1936
„All diese Verfasser sind sich einig in dem Bestreben durch die Ausführung der Episiotomie einen vorteilhaften Beitrag für die letzte Geburtsphase dem mütterlichen Genitaltraktus zu leisten, nur in der Art der Ausführung bestehen Unterschiede, obwohl sich die meisten für die frühzeitige laterale oder mediolaterale Eröffnung des Geburtsschlauchs entscheiden.“	Wiemer; 1938
„die von uns immer geübte mediane Episiotomie in allen Fällen, wo der Damm besonders gefährdet ist, dem gewöhnlichen Dammschutz weit überlegen ist.“	Wildermuth; 1941
„Zusammenfassend stelle ich fest, daß alle vor dem zu frühen und zu tiefen Schneiden warnen, da einerseits die Schnitte schlecht, sekundär verheilen, andererseits Infektionsquellen bergen können.“	Müller-Lenhartz; 1951
„Auf jeden Fall zeigen sie uns jedoch eine Häufung von unerwünschten und nachhaltigen Folgen, so daß man meines Erachtens denjenigen Episiotomiemethoden den Vorrang einräumen sollte, die einem totalen Dammriß am sichersten vorbeugen.“ „Anhand der Statistik wird gezeigt, daß von den Episiotomiearten die mediane zwar bei Spontangeburt die besten Heilungsergebnisse aufweist, daß jedoch bei komplizierten Geburtsmechanismen in erster Linie die laterale Episiotomie angewendet werden sollte.“	Reinhard; 1961
„Es werden die Vorteile der lokalen Infiltrationsanästhesie zur chirurgischen Versorgung geburtshilflich entstandener Damm- und Scheidenverletzungen aufgezeigt, wobei die gute Wirksamkeit und vor allem die Ungefährlichkeit des Verfahrens gegenüber der Allgemeinnarkose hervorgehoben werden.“	Bergmann; 1964
„bei der geburtshilflichen Prophylaxe für Mutter und Kind kommt der Episiotomie eine große Bedeutung zu“	Maleika; 1965
„Es wurde der Eindruck gewonnen, daß nicht ein besonderer Umstand für sich allein auslösend für eine Sekundärheilung ist, sondern daß erst die Kombination und Addition der Wirkungen mehrere Einflüsse das Entstehen der Sekundärheilung verursachen.“	Hopfner; 1968
„Es heilten primär 88,4% der Episiotomien, 98,4% der Dammrisse ersten Grades, 95,6% solcher zweiten und 73,3% dritten Grades.“	Krüger; 1969
„1. Die Auswertung nach Berufsgruppen zeigt, daß die Beurteilung der Folgen eines Dammschnittes durch die Patientinnen z.T. sehr unterschiedlich sind. 2. Keine Korrelation besteht zwischen den postoperativen Komplikationen und der Erfahrung der Operateure.“	Weigel; 1980
„Ein ausführlicher Vergleich mit der Literatur zeigt, daß unsere positiven Erfahrungen mit der kompletten Perineotomie die guten Ergebnisse, welche von amerikanischen Autoren berichtet werden, bestätigen.“	Bleckmann; 1985
„Die vorgelegte Arbeit konnte nachweisen, daß die mediane Episiotomie... die geringsten Beschwerden macht und somit der mediolateralen Episiotomie immer vorzuziehen ist.“	Meskendahl; 1990
„Wir sind der Meinung, daß der Wert einer rechtzeitig geschnittenen Episiotomie gegenüber dem Dammriß auf Grund der Befragungen und Untersuchungen erneut verdeutlicht werden konnte. Erstparae sollten in den meisten Fällen mittels Episiotomie entbunden werden, weil dadurch zum einen	Frenzel; 1991

<i>die Geburtsbelastung für das Kind vermindert wird und zum anderen eine Geburtserleichterung und obengenannte positive Ergebnisse bei der Episiotomie auftreten.“</i>	
<i>„Daraus ergibt sich, daß im Hinblick auf Schmerzen und Wundheilungsstörungen der mediane Dammschnitt, auch unter Berücksichtigung eines Dammriß 3. Grades, einem mediolateralen Dammschnitt vorzuziehen ist. Dazu kommt, das bessere funktionelle und kosmetische Ergebnis nach medianer Episiotomie.“</i>	Faehling-Haug; 1991
<i>„Die prophylaktische Durchführung einer Episiotomie zur Verhinderung eines Descensus oder Prolapses vaginae et uteri ist umstritten. Jedoch sollten die vielen Vorteile der Episiotomie nicht darüber hinwegtäuschen, daß sie kurz- oder längerfristige Beschwerden bereiten kann.“ ... „Ein ausführlicher Vergleich mit der Literatur zeigt, daß folgendes Vorgehen befürwortet werden kann: Gründliche Überlegung, ob eine mütterliche oder fetale Indikation zu einem chirurgischen Eingriff vorhanden ist oder ob man Zurückhaltung mit der Episiotomie üben kann. Bei fetaler und/ oder mütterlicher Indikation: Anlegen einer medianen Episiotomie. Bei drohendem Sphinkterriß Erweiterung durch komplette Perineotomie, die aufgrund unserer Erfahrungen sowie der guten Ergebnisse auch anderer Arbeiten, gegenüber einem Dammriß III. Grades favorisiert werden sollte.“</i>	Steckenbiller; 1993
<i>„Alles in allem sollte jedoch von einem routinemäßigen Einsatz der Episiotomie aus mütterlicher Indikation Abstand genommen werden.“</i>	Bernard; 1995
<i>„Nach dieser Untersuchung scheint die allgemeine Furcht vor Sphinkterinkontinenzen nach Dammrissen III°/IV° wenig begründet“</i>	Pieroth; 1995

4.7 Spezielle Aspekte ausgewählter Arbeiten

Die untersuchten Arbeiten wurden in den obigen Kapiteln eingehend studiert und einem systematischen Vergleich unterzogen. Die für diesen Vergleich gewählten Kriterien versuchen die Unterschiede anhand von Fragen, die in möglichst vielen Arbeiten beantwortet werden, darzustellen. Dabei sind spezielle Aspekte einer Arbeit nicht berücksichtigt. An dieser Stelle wurde nun das zusammengetragen, was die eigentliche Originalität der untersuchten Dissertationen ausmacht.

So finden sich in einer Arbeit Bemerkungen über herausragende 4/5 unter Analgesie durchgeführte Geburten (Tiedge; 1959). Eine spätere Arbeit nimmt zu eben diesem Thema Stellung: *„Martius hat sogar eine Zeitlang Dammrisse in Lokalanästhesie genäht, 'was technisch sehr einfach ist', hat dieses Verfahren aber später ohne Angabe von Gründen wieder verlassen und empfiehlt neben dem frühzeitigen Dammschnitt die Naht in Chloräthyl-Äther oder in Epivan - Narkose - allerdings unter Erwähnung der Lokalanästhesie- 'da sich jede Gebärende, wenn sie gesund ist, sehr leicht und ohne Gefahren narkotisieren läßt' (3),. Dieser Ansicht kann man sich jedoch nicht voll anschließen. Daß Martius keine Narkosetodesfälle in der Geburtshilfe erlebt hat, dürfte nicht nur der großen Erfahrung dieses Geburtshelfers zuzuschreiben, sondern auch ein großes Glück gewesen sein.“* (Bergmann; 1964).

Zu finden sind auch Anmerkungen zu den Ergebnissen einer Befragung von Patientinnen nach DRIII° zu ihrem heutigen Befinden: *„Diese sämtlichen hier geschilderten Beschwerden sind wegen ihrer subjektiven Darstellung der befragten Frauen natürlich nicht so zu bewerten, wie exakte Nachuntersuchungen.“* (Reinhard; 1961).

Demgegenüber wird in einer anderen Arbeit versucht, das Wohlbefinden der betroffenen Frauen ebenfalls als Maßstab zu etablieren (Frenzel; 1991).

Viele Arbeiten nehmen Bezug auf die Geschichte der Geburtshilfe oder auf die Geschichte des Eingriffs. Näheres zum letzten Punkt wurde im entsprechenden Kapitel schon erläutert. Darüber hinaus finden sich folgende interessante Aussagen: „*Während man früher die Risse sich selbst überlassen mußte, schlug im Jahre 1550 Paré vor, den zerrissenen Damm durch Naht zu vereinigen und so bessere und schnellere Heilung zu erlangen.*“ (Klages; 1913). In einer Dissertation wird das „*Trotulabuch*“ mit einer ersten Angabe einer Naht nach einem kompletten Dammriss zitiert: „*Rupturum intraanum et vulvam tribus locis vel quattuor suismus filo de serico*“ (Wildermuth; 1941). Das „*Trotulabuch*“, eine Niederschrift aus dem Mittelalter, stellt eines der berühmtesten Werke der "Schule von Salerno" dar, wo auch Frauen studierten und lehrten. Es hat geburtshilfliche, gynäkologische und kosmetische Inhalte. Sein Name ist bis heute ein Rätsel. Nicht nur die Herkunft des Satzes, auch seine Übersetzung gibt Schwierigkeiten auf: Es existiert kein verbindliches Lexikon für das Latein des Mittelalters, um eine verlässliche Übertragung in die deutsche Sprache zu gewährleisten. Sinngemäß wiedergegeben: „*Den Anus, der inwendig im Begriff zu reißen ist, und die Vulva nähen wir an 3 oder 4 Stellen mit einem Seidenfaden*“. Allein die Form „suismus“ bleibt rätselhaft. (Übersetzung freundlicherweise durch Kristina Rupp).

Auch auf das Selbstverständnis der Geburtshelfer wird eingegangen: „Die Leistungsfähigkeit der Frau, die geboren hat, und die Möglichkeit zu nähren, sind die nächsten Ziele für den Geburtshelfer. Von diesen beiden hängt die Gebärfreudigkeit der Frauen ab und die Aufzucht der Kinder. Die Frau, die bei der Geburt eine Schädigung ihres Beckenbodens erlitten hat, wird wenig Neigung verspüren noch mehr bei einer neuen Geburt aufs Spiel zu setzen.“ (Beermann; 1923, Zitat nach A. Meyer).

Eine Arbeit geht schließlich soweit, von „*Krankengut*“ zu schreiben und die folgende Vorstellung von Geburt zu reproduzieren: „*Die Geburt als die Trennung von Mutter und Kind wird größtenteils als mechanischer Vorgang betrachtet. Das Ergebnis ist von zwei Faktoren abhängig, der Energie und dem Widerstand...*“ (Brüser; 1958).

Diese zusammengetragenen Anmerkungen geben ein lebendiges Bild der sehr unterschiedlichen Hintergründe und Meinungen der Autoren, die neben dem Forschungsthema zum Tragen kommen.

5 Diskussion

Im folgenden Kapitel werden die Ergebnisse der Untersuchung der deutschsprachigen Dissertationen zum Thema Episiotomie anhand der wissenschaftstheoretischen Hintergründe diskutiert.

5.1 Untersuchung der Forschungsergebnisse im Hinblick auf die eingeführten Begriffe

Im Folgenden sollen die Denkstile der verschiedenen Zeiten voneinander abgegrenzt werden. Es galt zu analysieren, welche Probleme interessierten, welche Urteile als evident betrachtet wurden und welche Methoden als Erkenntnismittel angewandt wurden sowie welche Bezüge zur Zeitgeschichte gezogen werden können.

5.1.1 Zusammenfassung der Ergebnisse in Bezug auf die Denkstile

Wie in der Untersuchung der einzelnen Dissertationen gezeigt werden konnte, lassen sich in bestimmten Zeiträumen Schwerpunkte in der Fragestellung, Schwerpunkte in der formalen Gestaltung, typische methodische Herangehensweisen und auch bezeichnende Auslassungen in der Beschreibung feststellen. Eine der Möglichkeiten, diese Phänomene zu erklären, besteht in der Annahme verschiedener Denkstile, wie Fleck es nennt.

Bei der Untersuchung der Titel der Arbeiten konnte festgestellt werden, dass es einen Zeitraum am Beginn der Untersuchung gibt, der durch die inhaltliche Ausrichtung auf Dammverletzungen und Prophylaxe der Dammrissse gekennzeichnet ist. Es folgt ein mittlerer Zeitraum, in dem thematisch der Episiotomie und dem Vergleich zwischen ihr und dem Dammriss breiter Raum gewidmet ist. Schließlich gilt am Ende des Untersuchungszeitraums der Diskussion der Schnitttrichtung und den zeitlich nachgeordneten Aspekten der Episiotomie das besondere Augenmerk. Es konnten zwei Zeiträume besonderer Häufigkeit von Publikationen zum Thema ausgemacht werden (von 1888 bis 1896 und von 1980 bis 1996) und drei Orte mit einem besonderen Interesse am Thema: Würzburg unter dem Direktorat von Scanzoni von Lichtenfels, Tübingen unter dem Direktorat von Hirsch sowie die Universität Göttingen ohne die Möglichkeit einer lehrerspezifischen Zuordnung. Die Veränderungen in der äußeren Form der untersuchten Arbeiten folgt der Entwicklung von allgemeinen Standards im wissenschaftlichen Arbeiten. Zu den Veränderungen zählen die Verwendung statistischer Methoden, die Zusammenstellung eines Literaturverzeichnisses und die Gliederung der Arbeit durch ein Inhaltsverzeichnis. Die Aussagen zur Geschichte der Episiotomie nehmen mit auffällender Häufigkeit auf die Geburtshelfer Michaelis und Ould Bezug. Weitergehende Recherchen und Nennungen bilden die Ausnahme. Die in den Arbeiten untersuchten allgemeinen Aspekte der Episiotomie umfassen die Themen Indikation, Argumente für einen Schnitt, Argumente dagegen und die Suche nach dem günstigsten Zeitpunkt des Schnittes. In den Arbeiten, die zu den Indikationen Stellung nehmen, lässt sich eine Entwicklung weg von der alleinigen Indikation „Missverhältnis“ feststellen. Die den Anfang des Untersuchungszeitraumes dominierende Indikation wird jedoch nicht durch eine andere ersetzt. Vielmehr persistieren im gesamten Untersuchungszeitraum sehr zahlreiche und verschiedenartige Indikationen neben der Indikation „Prophylaxe des Dammrisses“. Argumente für das Schneiden einer Episiotomie sind in den Arbeiten generell häufiger zu finden als Argumente dagegen. Es ist nicht möglich, einzelne Zeiträume für eine bestimmte Argumentation abzugrenzen. Die Argumente „Schnittwunden heilen besser“, „Dammrisse sind seltener“, „besserer Funktionserhalt der

Geburtswege“ und „Beschleunigung der Geburt“ sind zeitlich parallel anzutreffen. Allein die neben- und untergeordneten Aspekte finden sich nach 1941 nicht mehr, was aber der untersuchungsspezifischen Einteilung geschuldet sein kann. Die Argumente gegen einen Schnitt lassen sich in die Kategorien „keine Verhütung des Dammrisses und Weiterreißen trotz Episiotomie“, „Verlängerung des Wochenbettes und Gefahr von Infektionen“ sowie „schlechterer Funktionserhalt der Geburtswege“ einteilen. Sie finden sich von Beginn des Untersuchungszeitraums bis 1927. Über den gesamten Untersuchungszeitraum hinweg werden jedoch generelle Zweifel an der Episiotomie geäußert. Die Suche nach dem günstigsten Zeitpunkt für den Schnitt wird bis 1941 geführt und dann ohne die Herausarbeitung einer Lösung verlassen.

Details der Schnittführung werden ab 1927 so intensiv und breit diskutiert, dass dieser Punkt bis in die heutige Zeit als der Diskussionspunkt um die Episiotomie überhaupt gelten kann. In neuerer Zeit spielt die laterale Episiotomie jedoch eine zunehmend vernachlässigbare Rolle. Das Hauptaugenmerk gilt inzwischen der Debatte um die Vor- und Nachteile der mediolateralen und medianen Episiotomie. Nach der Analyse der theoretischen Grundlagen wurden die in den Arbeiten geäußerten praktischen Anwendungen zusammengetragen. Dabei ist festzustellen, dass zur Indikation der jeweiligen Klinik für den Schnitt einer Episiotomie in den Arbeiten bis 1911 und zwischen 1958 und 1993 keine Angaben zu finden waren. Die beiden damit abgegrenzten Zeiträume umschreiben zwei sehr unterschiedliche Zeiten: einmal den Abschnitt, in dem die Episiotomie eher ein akademisches denn ein praktisches Thema beschrieb und zum zweiten den Abschnitt, in dem die Episiotomie einer großen allgemeinen Akzeptanz unterlag und keiner Erklärung bedurfte. Die Praxis in der Klinik kann im Zeitraum zwischen 1941 und 1991 wohl am besten mit der folgenden Einstellung beschrieben werden: *„Man sollte deshalb in Zweifelsfällen lieber eine Episiotomie zuviel anlegen, als später mehr Frauen als nötig mit unschön verheilten Dammrissen entlassen zu müssen.“* (Reinhard; 1961). Die Häufigkeit der Anwendung wurde in die Kategorien restriktiv und liberal getrennt. In den Jahren 1980, 1985, 1991 und 1995 sind liberale Handhabungen der Episiotomie in der Klinik beschrieben, in den Jahren 1923 und 1951 gibt es je eine restriktive Einstellung der Episiotomie gegenüber. Alle weiteren Arbeiten verzichten auf eine Angabe oder ordnen sich in den Bereich dazwischen ein. Die Praxis der Schnittführung ergibt entsprechend der theoretischen Debatte ein heterogenes Bild: Die Verwendung der medianen Episiotomie ist über den ganzen Untersuchungszeitraum verteilt, die laterale Episiotomie findet ab 1968 keine Anhänger mehr und der Zeitraum der Anwendung der mediolateralen Episiotomie in den untersuchten Arbeiten erstreckt sich von 1968 bis 1991. Die Technik der Schnittführung und die verwendeten Instrumente bilden bis 1949 die Grundlage einer breiten Debatte und finden später keine Erwähnung mehr. Die Abgrenzung des Zeitpunktes des Schnittes während der Wehe ist in der Beschreibung der Praxis in den Kliniken nicht zu finden. Eine erste Aussage zur Naht der Episiotomie ist 1913 nachzulesen. Von da an werden die Techniken und Materialien immer differenzierter und detailreicher dargestellt. Sie bilden die technischen Möglichkeiten der Moderne ab. Die am Ende des Fragerasters einsortierten generellen Einschätzungen der Autoren der untersuchten Arbeiten zur Episiotomie lesen sich höchst unterschiedlich und lassen auch keinen Rückschluss auf die in den Arbeiten tatsächlich untersuchten und gefundenen Sachverhalte zu.

5.1.2 Schlussfolgerungen in Bezug auf die Denkstile

Insgesamt wurde bei der Untersuchung der Arbeiten von einer Dreiteilung des Untersuchungszeitraums ausgegangen. Die drei postulierten Abschnitte unterscheiden

sich in den Denkstilen und weisen charakteristische Merkmale auf. Es können Übergänge zwischen ihnen ausgemacht werden.

Der Beginn des Untersuchungszeitraums ist durch eine Suchbewegung in der akademischen Geburtshilfe gekennzeichnet. Die Fragen der Wissenschaftler betreffen den Rahmen der medizinisch notwendigen und nützlichen Interventionen. Auf die Episiotomie bezogen stellt sich die Frage nach dem generellen Nutzen des Eingriffs gegenüber einer abwartenden Haltung.

Der darauffolgende Zeitabschnitt ist durch ein hohes Maß an technokratischem medizinischen Wissen gekennzeichnet. Die Frage nach dem Eingreifen oder Abwarten wurde zu Gunsten des Eingreifens entschieden, nun interessiert die Optimierung des Eingriffs in Bezug auf die technische Durchführung. In Zusammenhang mit der Episiotomie gewinnen die Themen Schnittrichtung, Narkosetechnik und die Nahtversorgung eine große Bedeutung.

Der dritte Zeitraum ist in den 1990er Jahren im Anbrechen und stellt individuelle Aspekte der Gebärenden und des Kindes in den Mittelpunkt. Wieder wird jede Geburt als einmaliges Ereignis wahrgenommen. Die Forscher versuchen in den Fragestellungen einen Kompromiss zwischen medizinisch notwendigem und individuell gewünschtem Handeln zu definieren.

5.1.3 Probleme

Die Probleme, die die Wissenschaftler einer Zeit interessieren und die sie erforschen sind einem vorgegebenen Themenkanon zuzuordnen. Sie sind zeitspezifisch und abhängig von den als anerkannt geltenden Theorien einer Zeit.

Im Falle der Episiotomie spiegelt sich diese Auswahl an Problemen in der Wahl der Titel der Dissertationen wider: Entsprechend der Titelanalyse lässt sich ein Wandel des Problembewusstseins feststellen, angefangen bei der Suche nach einer wirksamen Prophylaxe des Dammrisses und der Dammverletzungen über die Suche nach der optimalen Schnittrichtung und dem Vergleich zwischen Dammschnitt und Dammriss hin zu zeitlich nachgeordneten Problemen wie Ergebnissen und Komplikationen des Schnittes sowie subjektivem Befinden der Frau unter und nach der Geburt. Der Anspruch auf Wissenschaftlichkeit, den die Forschenden für sich erhoben, wurde in der breiten Debatte der Probleme deutlich. An diesem wissenschaftlichen Disput konnte jeder, der in die Reihen der qualifizierten Teilnehmer aufgenommen wurde, teilhaben.

Dementsprechend offenbart der Blick in Fachzeitschriften und Lehrbücher ebenjene Orientierung an den aufgezeigten Problemen. So lauten Themen der Artikel im ersten Drittel des Untersuchungszeitraums *„Über die Dammunterstützung, so wie über das Einschneiden der hinteren Commissur des Geschlechtsteiles, Behufs der Schützung des Mittelfleisches vor Einrissen.“* (Weise, 1827), *„Über die Erhaltung und Zerreißung des Dammes bei der Geburt“* (Schultze, 1858) oder *„Über die Zweckmäßigkeit der einseitigen seitlichen Incision beim Dammschutzverfahren“* (Credé und Colpe, 1884). In diesen Schriften steht der Dammschutz, die Verhütung von Dammrissen und den Folgen im Mittelpunkt des Interesses. Das Abwarten und „der Natur ihren Lauf lassen“ ist dem Eingreifen und der Chirurgie gewichen. Allerdings sind die Ansichten noch unsicher und bedürfen der sorgfältigen argumentativen Begründung.

Im zweiten Drittel des Untersuchungszeitraums nehmen die Darstellung der optimalen Schnittrichtung und der Vergleich zwischen Dammschnitt und Dammriss einen breiten Raum der Debatte ein. Ähnlich finden sich diese Entwicklungen auch in der Fachliteratur: Die Artikel nennen sich beispielsweise *„Unsere Erfahrungen mit der Episiotomie“* (Dörr,

1959), „*Betrachtungen zum methodischen Vorgehen bei Episiotomie*“ (Kräubig, 1962) oder „*Mediane contra mediolaterale Episiotomie, ein Vergleich*“ (Glasenapp, 1973). Schließlich rücken im letzten Drittel des Untersuchungszeitraums die nachfolgenden Probleme ins Zentrum des Interesses. Ähnlich wie in den Titeln der Dissertationen werden auch in den Zeitschriftenartikeln andere Schwerpunkte als bisher gesetzt: „*Beschwerden infolge Episiotomie*“ (Wenderlein und Merkle, 1983) oder „*Episiotomie und ihre Komplikationen*“ (Hirsch, 1997) und lassen sich darüber hinaus weiterverfolgen: „*Effektivität der liberalen vs. restriktiven Episiotomie bei vaginaler Geburt hinsichtlich der Vermeidung von Harn- und Stuhlinkontinenz: eine systematische Übersicht.*“ (Schlömer, Groß und Meyer, 2003).

5.1.4 Einsatz von Methoden als Erkenntnismittel und daraus abgeleitete evidente Urteile

Während der in den Arbeiten so oft zitierte Text von Michaelis (Michaelis; 1810) allein auf den Wert der Beobachtung und deren genauer Darstellung in einer Fallgeschichte baut, versuchen später datierte wissenschaftliche Abhandlungen mit Zahlen und Faktenmaterial zu überzeugen. Welche Methoden dabei angewandt werden, wie eine Untersuchung konkret gestaltet und ausgewertet wird, unterliegt wiederum einer zeitlichen Abhängigkeit.

Im ersten Drittel des Untersuchungszeitraums werden kaum eigene statistische Erhebungen angeführt, oft zitieren die Autoren die Zahlen anerkannter Wissenschaftler der Zeit. Ab 1911 liegt aber den Doktorarbeiten eigenes Zahlenmaterial zu Grunde. Erste einfache statistische Auswertungen werden herangezogen, um den eigenen Argumenten ein solides Fundament zu geben. Eine methodisch begründete Auseinandersetzung mit verschiedenlautenden Argumenten mit Hilfe der Statistik wird jedoch erst im zweiten Abschnitt des Untersuchungszeitraums unternommen. Schließlich erlebt die Statistik im letzten Abschnitt des Untersuchungszeitraums eine Perfektionierung. Die Methoden der statistischen Erhebungen werden bis ins Detail auf die zu beantwortende Fragestellung zugeschnitten.

Wichtiger als die Frage nach dem Zahlenmaterial scheint aber die Frage nach den Erkenntnissen, die aus den geführten Diskussionen und dem Zahlenmaterial gewonnen werden. Michaelis genügt es 1810 seine Beobachtungen an einer Frau als gewichtiges Argument für das Schneiden der Episiotomie anzuführen. Seine Einzelbeobachtung und das nachfolgende positive Urteil über die Episiotomie ist evident. Ab 1911 wird der wissenschaftliche Wert einer einzelnen Beobachtung zunehmend in Frage gestellt, es wird nötig, die Beobachtungen zu vervielfältigen und eine erste Statistik zu entwickeln. Der Zeitraum zwischen 1950 und 1990 ist durch die Ausweitung dieser statistisch gestützten Argumentation gekennzeichnet. Eine sorgfältig erstellte Statistik gibt den Handlungsrahmen vor. Ein Urteil über Sinn und Zweck eines Eingriffs ist erst durch diese statistische Erhebung evident. Erst danach werden die Grenzen des Interpretationsrahmens, den diese Statistiken zulassen, langsam kritischer gesehen. Statistische Erhebungen werden detaillierter und methodisch vielfältiger angelegt und weiterhin als Entscheidungsgrundlage angeführt. Sie verlieren aber den Status des alleinigen Arguments, Wertvorstellungen und subjektive Empfindungen werden bei der Entscheidung zunehmend mit berücksichtigt. Ein Urteil über Sinn und Zweck eines Eingriffs bei einer Frau wird erst evident, wenn die durch sorgfältige statistische Erhebung gewonnenen Daten mit den individuellen Wertvorstellungen der Betroffenen und den praktischen Gegebenheiten abgeglichen und abgewogen wurden.

5.1.5 Grenzen der Untersuchung

Während der Sichtung und Interpretation der Ergebnisse wurde versucht, eine für alle untersuchten Aspekte der Arbeit gültige Abgrenzung der Zeiträume zu formulieren. Dies ließ sich nicht realisieren. Die Diskussionslinien in Bezug auf die Episiotomie sind zu heterogen, als dass die aufgezeigten Entwicklungen synchron zu einander abgebildet werden könnten. Während die Titelanalyse eine Entwicklung hin zu nachgeordneten Aspekten der Episiotomie nahe legt, spiegelt sich dieses Postulat weder in der Auflistung der Indikationen, noch in der Häufigkeit in der Praxis der Kliniken, noch in der Differenzierung der Argumente gegen einen Schnitt wider. Die Abgrenzung einzelner zeitlicher Bereiche konnte nur für den jeweiligen Unterpunkt des Fragerasters erfolgen. Da die vorliegende Arbeit allein eine qualitative Untersuchung der ausgewählten 39 Dissertationen zum Thema Episiotomie zum Forschungsgegenstand hatte, sind darüber hinaus interessierende Aussagen quantitativer Art nicht möglich.

5.2 Nähere Charakterisierung der Zeiträume

Anhand von drei Beispieltexten sollen die postulierten Zeiträume näher charakterisiert werden.

5.2.1 Zeitraum der vorsichtigen Prophylaxe

Als Beispiel für den Zeitraum der vorsichtigen Prophylaxe soll im folgenden ein Text herangezogen werden, der in den untersuchten Dissertationen oft zitiert wurde. Er soll im Gegensatz dazu aber an dieser Stelle nicht in seiner Funktion als historisches Zeugnis über die Rezeptionsgeschichte der Episiotomie gelesen und analysiert werden, sondern vielmehr als wissenschaftsgeschichtliches Dokument der Erkenntnisfindung seiner Zeit.

5.2.1.1 Textanalyse einer Geburtsgeschichte des Dr. Gottfried Philipp Michaelis

In den meisten Texten zur Geschichte des Dammschnittes wird auf einen sonst unbekannten Harburger Arzt verwiesen: Dr. Gottfried Philipp Michaelis (nicht zu verwechseln mit seinem Sohn Gustav Adolf Michaelis, der von 1798 bis 1848 lebte und sich durch seine Schriften über das enge Becken verdient gemacht hat) (David; 1993 und Semm, 1980). Gottfried Philipp Michaelis war als praktischer Arzt und Geburtshelfer tätig (Semm, 1980). Er veröffentlichte 1810 in der entbindungskundlichen Zeitschrift „*Lucina*“ diesen von nun an immer wieder zitierten Text (Michaelis; 1810). Die Behandlung der Mad. B., die sich am 17. April 1799 zutrug und um einen Bericht einer zehn Jahre später stattfindenden Geburt bei der selben Patientin ergänzt wurde, bildet die erste von neunzehn „*Geburtsgeschichten*“.



Abbildung 11: Titelblatt des Artikels

Diese Beschreibungen von einzelnen Geburten sind sehr unterschiedlich lang und ausführlich, gleichen sich aber in der Wirkung und den Ergebnissen. Bei zwei dieser neunzehn Geburten legte Michaelis einen Schnitt, in einem Fall starb die Mutter, in neun Fällen starb das Kind unter der Geburt und in zwei Fällen überlebten weder Mutter noch Kind die Ereignisse. Zum Vergleich eine weitaus günstigere, wenn auch nicht weniger erschreckende Statistik der Großherzoglichen Entbindungsanstalt zu Würzburg vom Jahre 1807: „Anzahl aller geborner Kinder betrug 99, unter diesen wurden theils todt geboren, theils starben nach der Geburt 16. Mütter starben 3.“ (Siebold; 1810) Dabei ist zu bedenken, dass das Klientel der Entbindungsanstalten zu dieser Zeit mehrheitlich ledige, unbemittelte Erstgebärende der unteren Stände waren und daraus eine weit höhere Komplikationsrate abzuleiten ist (siehe dazu Seidel; 1998) als bei den privatärztlich von Michaelis betreuten Frauen. Aus diesem Vergleich heraus liegt die Vermutung nahe, dass Michaelis' Ausführungen vor allem didaktische Zwecke erfüllen sollten und keinesfalls eine verhältnismäßige Abbildung der Vorkommnisse darstellten.

Das Medium der Veröffentlichung

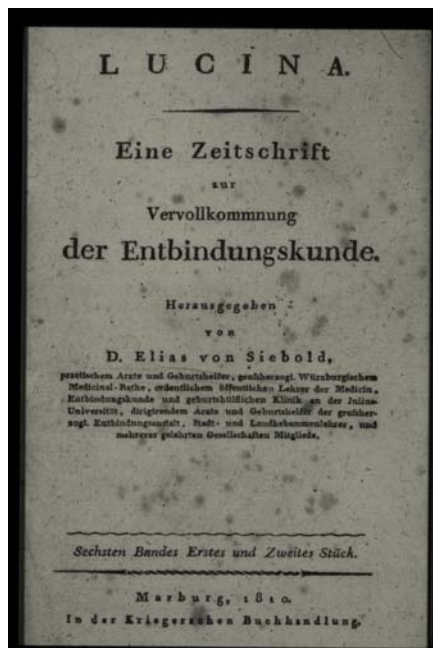


Abbildung 12: Titelblatt der Zeitschrift „Lucina“

Die Zeitschrift „*Lucina*“ erschien von 1802 bis 1810/1811 in Marburg. Der Name leitet sich von Lucine, der Patronin der Wöchnerinnen in der antiken römischen Mythologie, ab. Mit dem Untertitel: „*Eine Zeitschrift zur Vervollkommnung der Entbindungskunde*“ grenzt sie sich von der durch Friedrich Benjamin Osiander geprägten *Entbindungskunst*, die die operative Richtung der Geburtshilfe meint, ab. Einigen Bibliothekaren war dieser feine Unterschied nicht bewusst und sie katalogisierten die *Lucina* fälschlicherweise unter dem Stichwort *Entbindungskunst*.

Mit der Ausgabe 1813/1815 wurde der Titel geändert in: „*Neues Archiv für Geburtshülfe, Frauenzimmer- und Kinderkrankheiten*“ (Fortsetzungen: „*Journal für Geburtshülfe, Frauenzimmer und Kinderkrankheiten*“ 1.1813/15 – 6.1826, „*Neues Journal für Geburtshülfe, Frauenzimmer- und Kinderkrankheiten*“ 1=7.1827/28 – 11=17.1837/38, „*Neue Zeitschrift für Geburtskunde*“ 1.1834 – 33.1852, „*Monatsschrift für Geburtskunde und Frauenkrankheiten*“ 1.1853 – 34.1869, „*Archiv für Gynäkologie*“ 1.1870 – 175.1944,2;176.1948/49 – 225.1978, „*Archives of Gynecology*“ 226.1978 – 240.1987). Die Entwicklung der Zeitschrift lässt sich weiterverfolgen bis zum „*Archives of Gynecology and Obstetrics*“ der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe, als das sie seit 1987 erscheint. Es ist bemerkenswert, dass Michaelis seinen operativen Eingriff gerade in der nicht Osianderscher Operationsfreudigkeit zugewandten „*Lucina*“ veröffentlicht.

Herausgeber war Dr. Adam Elias von Siebold (1775 - 1828), Lehrer an der geburtshilflichen Klinik der Julius - Universität Würzburg und Mitglied einer Gelehrtenfamilie, die mit seinem Vater Carl Casper von Siebold (1737 - 1807), seinem Sohn Eduard Caspar Jakob von Siebold und ihm drei bekannte geburtshilflich tätige Ärzte hervorbrachte. Auch J. D. Busch gab eine Zeitschrift mit dem Namen „*Lucina*“ heraus, die jedoch nur unregelmäßig und in geringer Auflage erschien. Siebolds „*Lucina*“ erlangte die weitaus größere Bedeutung und ermöglichte eine intensivere und weiter gefächerte Kommunikation in geburtshilflichen Fragen, als sie die sonst üblichen Veröffentlichungen in allgemein-medizinischen oder naturwissenschaftlichen Zeitschriften erreichten.

Die „*Lucina*“ wurde so zur wichtigsten geburtshilflichen Zeitschrift um die Jahrhundertwende (siehe dazu: Seidel; 1998).

Zeitliche Einordnung des Textes

1810 gedruckt, lässt sich diese Geburtsgeschichte zeitlich in die Epoche der Spätaufklärung einordnen. Kants Charakterisierung der Aufklärung als „*Ausgang des Menschen aus seiner selbstverschuldeten Unmündigkeit*“ (Kant; 1974) wird teilweise auch an diesem Text deutlich. Der Autor schreibt in der Ich-Form, verzichtet auf eine Vorstellung seiner Person und seiner Tätigkeit und auf den Rückgriff auf medizinische Autoritäten, um seinen Anschauungen Nachdruck zu verleihen. Allein die Genauigkeit und Stimmigkeit seiner Beobachtungen sollen den Leser von seiner Meinung überzeugen. Eine solche Einordnung stößt jedoch schnell an Grenzen, die vor allem „... *die gesteigerte Prominenz der Frage gegenüber der Antwort als Charakteristikum der Aufklärung und ihrer Auffassung von Erkenntnisgewinn und rationeller Organisation des Wissens* ...“ betrifft (Buschmann; 2000): Der vorliegende Text legt gerade keinen Wert auf die Erörterung einer Frage, er verzichtet auf eine Diskussion der Erkenntnisse und folgt allein der Chronologie der Ereignisse. Die Veröffentlichung als solche ist eine „belehrende Tat“.

Die Medizin dieser Zeit ist durch die Ablösung ganzheitlicher philosophischer Krankheits- und Therapiekonzepte durch naturwissenschaftliche Ansätze gekennzeichnet. An die Stelle verschiedenartiger Philosophien tritt strenger Rationalismus, der den Anspruch erhebt, alle natürlichen Phänomene erklären zu wollen.

Die deutsche klinische Geburtshilfe ist zu dieser Zeit ein relativ junges Fach, das mit dem von Johann Georg Roederer 1751 in Göttingen begonnenen klinischen Unterricht entscheidend weiterentwickelt wurde. Zwar gab es schon Anfang des 17. Jahrhunderts erste geburtshilflich tätige Ärzte und Chirurgen, doch erst mit Roederer wurde ein erster „Professor Medicinae exordinarius“ in der stark von der Aufklärung geprägten Stadt Göttingen berufen, um „in arte obstetricali“ zu dozieren (siehe J. Schlumbohm; 1999). Roederer war zur Zeit seiner Berufung gerade 25 Jahre alt, hatte in seiner Heimatstadt Straßburg Medizin studiert und anschließend auf einer Studienreise unter anderem in Paris im berühmten „Hôtel-Dieu“ Unterricht in Geburtshilfe bei einigen Hebammen genommen sowie in England bei William Smellie und William Hunter gelernt. „*Roederer war sich dessen bewußt, daß seine Berufung auf das neu geschaffene Exordinariat für Geburtshilfe an der damals als modern angesehenen hannoverschen Landesuniversität nicht nur für seine Person, sondern auch für sein Fach einen außerordentlichen Zuwachs an Ansehen brachte. So gab er seiner Antrittsvorlesung einen entschieden programmatischen Titel und Inhalt: 'De artis obstetriciae praestantia, quae omnino eruditum decet, quin imo requirit'* (Über den vorzüglichen Wert der Hebammenkunst- bzw. der Geburtshilfe-, die durchaus für einen Gelehrten schicklich ist, ja sogar einen solchen erfordert).“ (Schlumbohm; 1999) Er nimmt damit Bezug auf den noch heute aktuellen Disput um die Macht und Eignung der (männlichen) akademischen Geburtshilfe und der (weiblichen) geburtshilflich tätigen Hebammen.

Die Zeit der Michaelis'schen Veröffentlichung ist durch die Auseinandersetzung der inzwischen etablierten gynäkologisch und geburtshilflich tätigen Universitätsärzte untereinander gekennzeichnet. Besonders heftig tobte der Kampf in Schriften zwischen den Verfechtern der „Geburtshilfe“ und der „Geburtskunst“. Die Vertreter der ersteren Richtung um Lucas Johann Boer bezogen sich auf englische Vorbilder und verhielten sich überwiegend abwartend, während sich die operativ-eingreifenden „Geburtskünstler“ um Friedrich Benjamin Osiander auf französische Autoritäten beriefen. Karl Sudhoff schreibt dazu: „*Lucas Johann Boer (1751-1835) in Wien, der den expektativen Standpunkt betonte*

und das plumpe Instrumentarium vereinfachte und handlicher machte, während der Göttinger Geburtshelfer Friedrich Benjamin Osiander (1759-1822) zu Kunsthilfe zu rasch geneigt war.“ (Sudhoff; 1922) Ein Anhalt dafür, dass Michaelis trotz seiner blutigen Methode der Dammspaltung eher ein Anhänger der Boerschen Schule war, legt die Verwendung des Gebärhockers nahe, wie sie in Zeile 179 erwähnt ist. Ob das darin zu lesende „Einhacken“ dem Zusammenklappen desselben entspricht oder aber tatsächlich seine Zerstörung im physischen Sinne beschreibt, wird nicht deutlich. Unter dem wachsenden Einfluss der französischen Geburtshilfe verschwand dieser Gebärhocker bis 1840 ganz aus deutschen Gebäranstalten (Marita Metz-Becker; 1999).

Der mit der Begründung einer eigenen akademischen Disziplin ausbrechende Kompetenzstreit zwischen Hebammen und geburtshilflich tätigen Ärzten um die Versorgung der Kreißenden war nicht entschieden. Dieser Streit, den man auch als die Auseinandersetzung zwischen universitärer Bildung einerseits und Erfahrungswissen und sozialer Kompetenz andererseits charakterisieren könnte, wurde und wird aufs Kontroverseste ausgetragen.

Inhalt und Form des Textes

Ein großes Problem, dem sich die Geburtshelfer gegenüber sahen, waren die Dammrisse, deren unangenehme Folgen Michaelis in seinem letzten Satz drastisch, wenn auch nur indirekt umschreibt (Zeile 181ff). Das im Text von Michaelis geschilderte Problem war damit definiert: die Verhütung des Dammrisses. Seine Lösung im geschilderten Falle besteht im Griff zum Messer, um den Damm zu spalten. Die damit zu einem glücklichen Ende gebrachte Entbindung und die später bei einer folgenden Geburt gesehene Narbe wertet Michaelis als Bestätigung. Er veröffentlicht seine Beobachtungen in einem Fachjournal und macht seine Erkenntnisse damit einem breiten Fachpublikum von Geburtshelfern zugänglich.

Schon zu Beginn des Textes wird eine Art Zusammenfassung vorweggenommen. Im Folgenden erfährt man die Geschichte des ersten von Michaelis durchgeführten Schnittes aus der Sicht des Geburtshelfers geschildert und in zeitliche Ordnung gebracht. Äußerlich davon abgesetzt, als Nachtrag gekennzeichnet, jedoch umfänglicher als die erste, findet sich eine weitere Geburtsgeschichte von der selben Patientin. Sie ist von der ersten durch einen Abstand von zehn Jahren getrennt und bestätigt sie inhaltlich. Beide Geburtsgeschichten wurden 1810/11 zusammen im sechsten Band der *Lucina* veröffentlicht und mit einem fachlich ergänzenden, inhaltlich bestätigenden Kommentar des Herausgebers versehen.

Rein äußerlich ist Michaelis` Schilderung in die Form eines Briefes gefasst, den er an Kollegen schreibt. Der zu dieser Zeit nicht selten gewählte Titel „Geburtsgeschichte“ ist ohne Aussage über den Inhalt des Geschilderten. Michaelis` Beschreibungen entbehren jedoch im Gegensatz zu den anderen Veröffentlichungen in der „*Lucina*“ des selben Jahrgangs der breiten theoretischen Abhandlung über den gemachten operativen Eingriff, geben keine Auskunft über eventuelle Vorbilder oder Befürworter und fordern auch keine Stellungnahme des Lesers. Michaelis veröffentlicht allein seine Geburtsgeschichten und eine kurze Beschreibung seiner Erkenntnisse. In anderen Abhandlungen folgen diese Geschichten der theoretischen Darstellung eines Sachverhaltes und dienen der Bestätigung, hier sind sie davon losgelöst. Dabei geht diese Form der Veröffentlichung auf eine Kernfrage der Aufklärung in der Medizin des 18. Jahrhunderts zurück. Die Erörterungen sogenannter „Kasuistiken“ kennzeichneten den Aufbruch in die „moderne“ Medizin. *„Ihre Funktion besteht offensichtlich in der Verbreitung empirischen Wissens auf*

der Basis vergleichender Fallbeispiele“ (Geyer-Kordesch; 1990). Im eben zitierten Artikel ist auch der übliche Aufbau einer solchen Fallbeschreibung erläutert: *„Einleitend werden Alter, Temperament, Krankheitssymptome, Verlauf der Krankheit und Auffälligkeiten angegeben. Danach folgt die Ätiologie und die Diagnose. Nach der Zusammenfassung des Falles, deren methodologisches Hauptmerkmal die empirische Aufzählung der Symptome beinhaltet, folgt eine ausführliche Besprechung des spezifischen Falles innerhalb des Kontextes des Krankheitstypus“* (Geyer-Kordesch; 1990). Laut Geyer-Kordesch wird mit diesen Fallbeschreibungen eine explizite Abkehr von den Autoritäten des medizinischen Textkanons und des traditionellen medizinischen Unterrichts dokumentiert. Die Entdeckung der Pathognomie einer Krankheit wird zur maßgeblichen Forschungsaufgabe der Medizin. Als Beweis für ihre These führt Geyer-Kordesch das bemerkenswerte Fehlen von Zitaten medizinischer Autoritäten an. Ganze Bände von verschiedenen Fallbeispielen werden im 18. Jahrhundert veröffentlicht und offensichtlich auch von den Medizinern der Zeit gelesen. An diese Tradition der Kasuistiken knüpft nun Michaelis in seiner Veröffentlichung an. Er geht im Aufbau seines Artikels den klassischen Vorbildern nach, verzichtet aber auf die Bezugnahme auf ein theoretisches Wissensgebäude.

Einzelne Elemente des Textes

Nach einer kurzen zeitlichen Einordnung der Ereignisse und Charakterisierung der Schwangeren (Zeile 21f) wird den Lesenden mit der Beschreibung wichtiger physiologischer Parameter (*„mit sehr rothem Gesichte, sehr vollem schnellen Pulse und guten hinreichenden Wehen“*; Zeile 29f) der medizinisch relevante Zustand der Gebärenden vorgestellt und eine *„sehr normale Stellung“* (Zeile 34) in Bezug auf die Geburt konstatiert. Damit ist die Situation umgrenzt. Durch die Wortwahl wird ebenso die angesprochene Leserschaft charakterisiert – die der genannten Zeitschrift entsprechend gebildeten Fachleute.

Im folgenden Absatz beschreibt Michaelis, dass er alle zur damaligen Zeit üblichen Methoden zum Dammschutz versucht hat: *„...und bei meinem Bestreben, den Damm, indem ich ihn unterstützte, zugleich zurück zu schieben und den Kopf herauszuheben, erweiterte sich die Öffnung eben so wenig allmählich wie durch einen Riß.“* *„Alle Versuche, den Damm durch fettige Sachen schlüpfriger zu machen, waren vergeblich.“* *„Ich wollte deshalb versuchen, durch zwei in den Mastdarm eingebrachte Finger den Kopf heraus zu heben“* (Zeile 41f). Am Ende der Beschreibung seiner vergeblichen Bemühungen konstatiert er: *„Hier stand deshalb nichts bevor als eine völlige Durchreißung des Dammes“* (Zeile 51). Im folgenden Satz präsentiert er unvermittelt den Schnitt als die Lösung der ausweglosen Situation: *„...sah ich nur ein Mittel, nämlich die Einschneidung des Dammes von vorne bis auf den Punkt, daß der Kopf ungehindert durch konnte“* (Zeile 54).

Der hier nun recht genau beschriebene Schnitt war den Lesenden am Beginn des Textes zwar schon angekündigt, es gibt jedoch keine logische Verknüpfung zwischen dem Scheitern der herkömmlichen Dammschutzverfahren und der Anwendung einer bis dahin ungebräuchlichen operativen Methode. Michaelis liefert in seinem Text keinen Hinweis auf den Ursprung seiner Idee zum Dammschnitt und auch anhand der dem Text zugrunde gelegten zeitlichen Abfolge der Ereignisse kann man kaum von einem reflektierten, abwägenden Verhalten sprechen. Der eigentliche Geburtsverlauf wird in den

folgenden drei Sätzen nur noch ganz kurz ergänzt. In der Dramatik des Textes ist der Höhepunkt mit dem Setzen des Schnittes erreicht.

Im Weiteren scheint Michaelis die Kritik seiner Leser vorwegnehmen zu wollen und gibt ausführlich Auskunft über die nun folgende Wundbehandlung. Mit dem Satz: *„Ich suchte den hinteren Riß durch streng beobachtete Reinlichkeit, wozu ich mich der Einspritzung von Chamillenabsud durch die Scheide und des Abzapfens des Urins bediente, und durch stetes Aneinanderhalten der Schenkel, wobei für einen Geübten das Einbringen des Cathethers nicht beschwerlicher ist, bald möglichst zu heilen“* (Zeile 65ff), sucht er den Konsens mit seinen Lesern. Aber schon im darauffolgenden Textabschnitt überrascht er mit der Bemerkung: *„Die Heilung des gemachten Schnittes wollte ich aber bei der ungemeinen Enge der weichen Geburtstheile nicht befördern, weil bei einer künftigen Niederkunft die Narbe nur noch mehr Hindernisse gegeben haben würde“* (Zeile 68ff). Diese Textstelle verwundert, da Michaelis sein Handeln erstmals nicht vom Hier und Jetzt, sondern von zukünftigen Ereignissen bestimmen lässt. Michaelis fährt in der Beschreibung der Wundbehandlung fort, wobei seine Bemühungen offensichtlich erfolglos sind, denn er schreibt: *„...zeigt mir der an mehreren Stellen an den großen Schamlippen und dem Damme entstandene Brand“* (Zeile 73). Michaelis entschließt sich zur Behandlung mit *„Ung.de Styrace, Sp. Terebinth. und Pulv. Cort. Peruv.“*, das heißt zur anerkannten Behandlung von Schnittwunden mit Balsam und Spiritus. Weiter teilt er ausführlich seine Untersuchungsergebnisse an der Wöchnerin mit, die das Vorhandensein einer Verbindung zwischen Scheide und Mastdarm vermuten lassen. Diese Vermutung wird dann in Zeile 82f entschieden zurückgewiesen. Dieser Zusammenhang ist in den Aufzeichnungen des Michaelis so wichtig, weil die offene Verbindung zwischen Darmende und Vagina eine der gefürchtetsten, damals schwerwiegenden Geburtsschäden darstellt. Eine solche Fistel bedeutete für die betroffenen Frauen unter lebenslanger Stuhlinkontinenz zu leiden. Wenn Michaelis zwar das Kind mit seinem Dammschnitt schneller entbindet, aber die Mutter nicht wirksam vor dem vollständigen Dammriss und seinen gefürchteten Folgen schützen könnte, dann wäre ein wesentliches Argument für diesen Schnitt verloren.

Zum Nachtrag (Zeile 91 - 188)

Dieser Nachtrag ist rein zeitlich durch einen Abstand von zehn Jahren von der ersten beschriebenen Entbindung getrennt. Inhaltlich erfährt der Leser wenig Neues. Er hat allein die Funktion der Bestätigung der Aussagen des ersten Textes. Deshalb wird nur kurz darauf eingegangen.

Drei Punkte sind an dieser weiteren Geburtsgeschichte bemerkenswert: Zum Einen die Beschreibung des nach der Incision bei der letzten Geburt geheilten Dammes nebst der darüber geäußerten Verwunderung des Autors (vgl. Zeile 133ff), die erstmals als handelnde und entscheidende Person aktiv werdende Frau, die um den Schnitt bittet (vgl. Zeile 166) und die fehlende Beschreibung des weiteren Verlaufs. Der Leser erhält keine Informationen über die anschließende Wundheilung, über mögliche Nachbehandlungen und Ergebnisse einer eventuellen Untersuchung, obwohl Michaelis selbst so großen Wert auf das gute Resultat des letzten Schnittes legt. Im Gegensatz dazu wird wortreich (vgl. Zeilen 181ff) über die Freude des Geburtshelfers über die sowohl selbst getroffene als auch selbst erfüllte Prophezeiung einer schnellen und glücklichen Geburt berichtet, verbunden mit der Empfehlung des von ihm durchgeführten Eingriffs.

Michaelis beendet diese Geburtsgeschichte mit der bereits erwähnten drastischen Schilderung der Folgen eines vollständigen Dammrisses. Damit wird dem geburtshilflich tätigen Leser der damaligen Zeit noch einmal die Bedeutung des Eingriffs in Erinnerung gerufen, aber auch ein Abschluss gefunden, der an den gesellschaftlichen Auftrag der Geburtshilfe mahnt: nämlich „*Gesundheit und Ruhe der Mutter*“ zu gewährleisten, das „*glückliche Band der Ehe*“ zu stärken und „*die höchsten sinnlichen Genüsse*“ zu erhalten (Zeile 186ff).

Merkmale des Textes in Bezug auf den „Zeitraum der vorsichtigen Prophylaxe“

1 Denkstil

Der Text des Michaelis ist dem Zeitraum der vorsichtigen Prophylaxe zuzuordnen. Er beschreibt einen Eingriff, der sich erst nach seiner Veröffentlichung als praktikabel und anerkannt erweisen wird. Er berichtet einem interessierten Fachpublikum in einer entsprechenden Fachzeitschrift von seinen klinischen Erfahrungen.

Sein Hauptinteresse gilt in der klinischen Arbeit und in seinem Aufsatz der Prophylaxe des Dammrisses und den damit verbundenen Komplikationen. Seine Ausführungen fußen auf jahrelanger praktischer Erfahrung und dem genauen Wissen um das übliche Vorgehen in seiner Zeit. Er setzt dieses Wissen auch bei seinen Lesern voraus und verzichtet auf weitergehende Erläuterungen zu seinen Entscheidungen.

Die genaue klinische Beobachtung und präzise Weitergabe seiner Beobachtungen machen die Evidenz der Entscheidung aus und empfehlen selbiges Vorgehen seinen Kollegen.

Eine Untermauerung mit statistischem Material und mit weiterführender Literatur ist zu Erlangung von Akzeptanz und Anerkennung nicht nötig.

2 Probleme

Michaelis will den totalen Dammriss und die damit verbundenen Komplikationen bei seiner Patientin verhindern. Um dieses Ziel zu erreichen verfolgt er erst alle in seiner Zeit üblichen Maßnahmen um zu konstatieren, dass sie allesamt erfolglos scheinen. Dann legt er den Schnitt und kann sich in der weiteren Betreuung der Frau vom Fortschritt der Wundheilung überzeugen. Er hat keine andere Zielrichtung als die seiner ebenso klinisch praktizierenden Kollegen, wendet aber bewusst ein neues Verfahren an und findet sich durch seinen Erfolg in der Anwendung bestätigt.

3 Einsatz von Methoden als Erkenntnismittel und daraus abgeleitete evidente Urteile

Die einzige verwendete Methode dieses Aufsatzes ist die genaue Beobachtung. Auf diese Beobachtung, deren Auswertung und Diskussion stützt sich der gesamte Entscheidungsprozess. Dem Leser werden alle für Michaelis und seine Zeit wichtigen klinischen Parameter und Befunde während des Geburtsverlaufes vermittelt, er kann an der Beobachtung quasi durch das Auge des Michaelis teilnehmen. Auf die Präzision der Michaelis'schen Beobachtung und Auffassung wird das gesamte Gebäude der klinischen Beurteilung des Falles aufgebaut. Darin liegt die in heutigen Augen bestechende Aussagekraft dieses wissenschaftlichen Werkes.

5.2.2 Zeitraum des optimistischen Aktionismus

Als Beispiel für den Zeitraum des optimistischen Aktionismus soll im folgenden ein Text herangezogen werden, der in den untersuchten Dissertationen ebenfalls oft zitiert wurde und die zeittypische Debatte schon im Titel umgrenzt.

5.2.2.1 *Textanalyse eines Artikels von Glosemeier und Stockhausen*

Medium der Veröffentlichung

Der vorliegende Artikel mit dem Titel „Mediolaterale Episiotomie oder mediane Episiotomie?“ (Glosemeier/ Stockhausen; 1978) wurde in der Zeitschrift für Geburtshilfe und Frauenheilkunde, verlegt vom Georg Thieme Verlag Stuttgart, veröffentlicht. Die Zeitschrift ist das wissenschaftliche Organ der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG). Die Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe wurde 1885 unter dem Vorsitz von W.A. Freund in Straßburg gegründet und hat heute ihren Sitz in Berlin.

Zeitliche Einordnung des Textes

Die Ausführungen der Autoren erschienen im Jahr 1978. Somit fällt diese Arbeit in den mittleren Untersuchungszeitraum.

Inhalt und Form des Textes

Der Text bietet einen Vergleich der Komplikationen nach mediolateraler und medianer Episiotomie in der Rheinischen Landesfrauenklinik Wuppertal. In der Einleitung erfährt der Leser, dass nach dem Studium der amerikanischen Literatur und dem eindeutigen Trend seit 1950 hin zur medianen Episiotomie auch in der Rheinischen Landesfrauenklinik ab 1972 überwiegend die mediane Episiotomie angewendet wurde. Anlass für die rückwirkende Auswertung des Vorgangs ist zum einen das relativ große vorhandene Zahlenmaterial zum anderen die Beobachtung der steigenden Anzahl von Dammrissen III°. Beide Episiotomieformen werden kritisch gegenübergestellt und in Bezug auf deren Wundheilungsstörungen verglichen. Der Artikel ist in sachlicher akademischer Sprache verfasst, übersichtlich gegliedert und fachsprachlich formuliert.

Einzelne Elemente des Textes

Der Text weist die typische und bewährte Gliederung in Einleitung, Methodik, Ergebnisse und Diskussion auf. Das fachinteressierte Publikum kann schnell und routiniert auf die Essenz der gegebenen Informationen zurückgreifen, diese diskutieren und selbst zu einer Einschätzung gelangen.

In der Einleitung werden der aktuelle Forschungsstand, die Geschichte und die Motive der Arbeit dargelegt. Es folgt eine Darstellung der angewandten Methodik, die sich in diesem Artikel auf die Beschreibung der verwendeten Nahttechniken beschränkt. Über die Formen des statistischen Vergleichs der beiden Schnitttechniken ist nichts zu erfahren.

In einem separaten Absatz werden sehr übersichtlich und nachvollziehbar die Ergebnisse der Studie dargelegt. Sie werden gegliedert in vier getrennt abgehandelte Formen der Wundheilungsstörungen (Wunddehiszenzen, die eine Sekundärnaht erforderten, Sphinkterinsuffizienzen, Rektumscheidenfisteln und arterielle Nachblutungen). Insgesamt kommt der Artikel auf der Grundlage der vorliegenden Zahlen zu dem Schluss, dass die Anwendung der medialen Episiotomie und die Verfeinerung der Nahttechnik die Frequenz der Sekundärnähte gesenkt hat.

Dieses Ergebnis wird in der Diskussion weiter ausgeführt. Schließlich formulieren die Autoren abschließend sieben Vorteile der medialen gegenüber der mediolateralen Episiotomie:

- „1. Die anatomisch korrekte Durchführung und Versorgung fallen leichter.
2. Es wird weniger Gewebe durchtrennt.
3. Die Gefahr von ausgedehnten Scheidenrissen etwa nach Forzepsentbindungen wird vermindert.
4. Es liegen symmetrische Zugverhältnisse an den Wundrändern vor.
5. Die Abheilung ist eindeutig günstiger.
6. Die kosmetischen Spätresultate sind besser.
7. Die Belästigung der Patientin im Wochenbett ist deutlich geringer.“ (Glosemeyer/ Stockhausen, 1978)

Der Artikel endet in der Globaleinschätzung der Autoren: „Eine Bevorzugung der medianen Episiotomie gegenüber der mediolateralen Schnittform scheint uns somit sinnvoll.“ (Glosemeyer/ Stockhausen, 1978)

Merkmale des Textes in Bezug auf den „Zeitraum des optimistischen Aktionismus“

1 Denkstil

Der Artikel ist dem „Zeitraum des optimistischen Aktionismus“ zuzuordnen. Die Episiotomie ebenso wie die Entbindung in der Klinik und die allgemeine Medikalisierung der Vorgänge rund um Schwangerschaft und Geburt sind unumstritten und werden im vorliegenden Artikel nicht erwähnt.

2 Probleme

Die Autoren versuchen im Artikel den klinikinternen Wandel von der Anwendung einer Episiotomieform hin zu einer anderen und das damit in Zusammenhang gebrachte häufigere Auftreten von Komplikationen durch eine wissenschaftliche Untersuchung zu begleiten. Das Hauptaugenmerk des Schriftstücks liegt in der Erläuterung der möglichen Optimierung des insgesamt akzeptierten und vielseitig eingesetzten Verfahrens. Aus dem vorliegenden Zahlenmaterial ergibt sich eine Episiotomierate von insgesamt 63,8 %, die aber keiner näheren Beschreibung unterliegt.

3 Einsatz von Methoden als Erkenntnismittel und daraus abgeleitete evidente Urteile

Wie im Michaelis-Text, so steht auch hier eine exakte klinische Beobachtung am Anfang des Forschungsinteresses. Es ist aufgefallen, dass nachdem häufiger eine mediale Episiotomie durchgeführt wurde, auch häufiger ein Dammriss III° aufgetreten ist. Diese Beobachtung wurde durch nachträgliche Auswertung des vorhandenen Datenmaterials verifiziert. Die klinische Beobachtung allein reicht in diesem Falle als Erkenntnismittel nicht mehr aus, sie muss durch die Verwendung von statistischem Material als evident klassifiziert werden.

5.2.3 Zeitraum der individuellen Abwägung

Zur Illustration und näheren Charakterisierung des Zeitraums der individuellen Abwägung soll der Artikel von Schlömer/ Groß/ Meyer: „Effektivität der liberalen vs. der restriktiven Episiotomie bei vaginaler Geburt hinsichtlich der Vermeidung von Harn- und Stuhlinkontinenz: eine systematische Übersicht“ (Schlömer/ Groß/ Meyer; 2003), herangezogen werden.

5.2.3.1 Textanalyse des Artikels von Schlömer, Groß und Meyer

Medium der Veröffentlichung

Diese systematische Übersicht erschien in der Wiener Medizinischen Wochenschrift (WMW). Die Wiener Medizinische Wochenschrift erscheint seit 1888 und wird bei Springer verlegt. Sie ist eng verbunden mit der Gesellschaft der Ärzte in Wien, die 1839 gegründet als traditionsreichste medizinische Gesellschaft Österreichs gilt. Die Zeitschrift ist interdisziplinär angelegt und möchte wissenschaftliche Erkenntnisse für den praktischen ärztlichen Einsatz nutzbar machen. Die Artikel erscheinen in deutscher und englischer Sprache und haben eine europäische Leser- und Autorenschaft.

Zeitliche Einordnung des Textes

Das Jahr der Veröffentlichung wird mit 2003 angegeben. Er ist somit jünger als die zur Analyse herangezogenen Dissertationen und repräsentiert den letzten Zeitraum der Untersuchung.

Inhalt und Form des Textes

Der Text weist die schon bekannte Gliederung in Einleitung, Methoden, Ergebnisse und Diskussion auf. Dem Artikel vorangestellt ist eine Synopsis in deutscher und englischer Sprache. Der ausführliche Übersichtsartikel stellt die Veröffentlichung einer Zusammenfassung einer Dissertation dar. Die Komplexität des dargestellten Sachverhalts fasst der Titel zusammen: Nachvollzogen werden soll die Effektivität des häufigen oder weniger häufigen Gebrauchs der Episiotomie bei der Prophylaxe der Harn- und Stuhlinkontinenz. Demnach steht ein der direkten Anwendung der Episiotomie nachgeordneter Sachverhalt -nämlich die Harn- und Stuhlinkontinenz- im Mittelpunkt des Interesses. Im Gegensatz zur vorher analysierten Arbeit werden nicht zwei miteinander konkurrierende Formen der Durchführung der Episiotomie (median versus mediolateral) verglichen, sondern zwei Formen des Umgangs mit der Anwendung der Episiotomie (liberal versus restriktiv).

Einzelne Elemente des Textes

In der Einleitung des Artikels wird ausführlich zur Geschichte des Eingriffs selbst, zur Indikation und zur aktuellen Literatur Stellung genommen. Anschließend erschließt sich dem Leser im Abschnitt über die Methodik das ausgewählte Vorgehen und die Auswahl der in die Untersuchung einbezogenen Studien. Im Kapitel Ergebnisse werden die gefundenen Daten bewertet und zusammengefasst. Die ausführliche Diskussion stellt die gefundenen Ergebnisse in den klinischen Zusammenhang und erlaubt den Rückgriff auf die eingangs im Text zitierten Indikationen für eine Episiotomie. Die Arbeit kommt insgesamt zu dem Schluss, dass eine in der WHO Resolution formulierte Abschaffung der routinemäßigen Episiotomie unbedingt zu befürworten ist und ein gänzlicher Verzicht auf die Intervention Episiotomie zu prüfen wäre.

Merkmale des Textes in Bezug auf den „Zeitraum der individuellen Abwägung“

1 Denkstil

Der vorliegende Text ist in den „Zeitraum der individuellen Abwägung“ einzuordnen. Nicht mehr die Überlegungen der vorsichtigen Prophylaxe des totalen Dammrisses und seiner Komplikationen, auch nicht die Vervollkommnung der Operationstechniken, sondern der Zweifel am Sinn der Intervention selbst und den postulierten vorteilhaften nachgeordneten Aspekten steht im Zentrum des Interesses.

2 Probleme

Der Artikel erläutert ausführlich die zeittypische Sachlage in der Indikation, Anwendung und Debatte der Episiotomie. Nicht die Folgen von totalen Dammrissen, Wundheilungsstörungen oder die verschiedenen Formen der Episiotomie werden verglichen, sondern die Literatur in Bezug zu einer durch die Anwendung der Episiotomie angeblich zu vermeidende Harn- und Stuhlinkontinenz.

3 Einsatz von Methoden als Erkenntnismittel und daraus abgeleitete evidente Urteile

Die untersuchte Arbeit hat ebenso wie die vorangegangenen Schriften eine klinische Beobachtung zum Ausgangspunkt: Hier die Vermutung eines erhöhten Auftretens von Harn- und Stuhlinkontinenz nach einer Episiotomie. Die hier als Beispiel für den Zeitraum der individuellen Abwägung herangezogene Arbeit erhebt anders als ihr Vorgänger kein Zahlenmaterial, sondern wertet bereits in anderen Studien veröffentlichtes Datenmaterial erneut aus. Für diese Auswertung werden detaillierte statistische Kriterien formuliert und angewandt, so dass das Ergebnis letztlich erheblich an Aussagekraft gegenüber einer Einzelstudie gewinnt. Dieses globale Ergebnis muss schließlich wieder in den klinischen Zusammenhang gesetzt und von dort aus interpretiert werden, um eine für alle Beteiligte befriedigende und den wissenschaftlichen Maßstäben genügende Entscheidung zu treffen.

6 Zusammenfassung

Dieser Untersuchung liegt eine qualitative Analyse von 39 Dissertationen im Fach Gynäkologie und Geburtshilfe zu Grunde, die im Zeitraum zwischen 1885 und 1996 an deutschen Hochschulen und Universitäten zum Thema Episiotomie und Dammschnitt veröffentlicht wurden.

Die Doktorarbeiten wurden anhand eines Fragerasters untersucht und die Ergebnisse in Tabellenformaten zusammengefasst. Es ist festzustellen, dass eine Entwicklung weg von den Indikationen „Missverhältnis“ und „Prophylaxe des Dammrisses“ hin zu sehr zahlreichen und verschiedenartigen Indikationen stattgefunden hat. Details der Schnittführung werden ab 1927 so intensiv und breit diskutiert, dass dieser Punkt bis in die heutige Zeit als der Diskussionspunkt um die Episiotomie überhaupt gelten kann. Zur Indikation der jeweiligen Klinik für den Schnitt einer Episiotomie ist in den Arbeiten bis 1911 und zwischen 1958 und 1993 keine Angabe zu finden. Die beiden Zeiträume umschreiben zwei sehr unterschiedliche Zeiten: einmal den Abschnitt, in dem die Episiotomie eher ein akademisches denn ein praktisches Thema beschrieb und zum zweiten den Abschnitt, in der die Episiotomie einer großen allgemeinen Akzeptanz und breiten Anwendung unterlag und keiner Erklärung bedurfte. In den 1970er bis 1990er Jahren wird eine liberale Handhabung der Episiotomie in der Klinik beschrieben. Die Praxis der Schnittführung ergibt ein ebenso heterogenes Bild: Die Verwendung der medianen Episiotomie ist über den ganzen Untersuchungszeitraum verteilt, die laterale Episiotomie findet ab Ende der 1960er Jahre keine Anhänger mehr und der Zeitraum der Anwendung der mediolateralen Episiotomie in den untersuchten Arbeiten erstreckt sich von 1968 bis 1991.

Die Diskussion und Interpretation der Ergebnisse erfolgte nach den von Fleck postulierten Annahmen von Denkstilen, Denkkollektiven und systemimmanenten Fragestellungen der Forschenden. Ausgehend davon wurde der Untersuchungszeitraum in drei Abschnitte unterschiedlicher wissenschaftlicher Prägungen unterteilt. Der Beginn des Untersuchungszeitraums ist durch eine Suchbewegung in der akademischen Geburtshilfe gekennzeichnet. Die Fragen der Wissenschaftler betreffen den Rahmen der medizinisch notwendigen und nützlichen Interventionen. Auf die Episiotomie bezogen stellt sich die Frage nach dem generellen Nutzen des Eingriffs gegenüber einer abwartenden Haltung. Der darauffolgende Zeitabschnitt ist durch ein hohes Maß an technokratischem medizinischen Wissen gekennzeichnet. Die Frage nach dem Eingreifen oder Abwarten wurde zugunsten des Eingreifens entschieden, nun interessiert die Optimierung des Eingriffs in Bezug auf die technische Durchführung. In Zusammenhang mit der Episiotomie werden die Schnittrichtung, die Narkosetechniken und die Nahtversorgung breit diskutiert.

Der dritte Zeitraum ist gerade im Anbrechen und stellt individuelle Aspekte der Gebärenden und des Kindes in den Mittelpunkt. Jede Geburt wird als einmaliges Ereignis wahrgenommen. Die Forscher versuchen in den Fragestellungen einen Kompromiss zwischen medizinisch notwendigem und individuell gewünschtem Handeln zu definieren. Während der Sichtung und Interpretation der Ergebnisse wurde versucht, eine für alle untersuchten Aspekte der Arbeit gültige Abgrenzung der Zeiträume zu formulieren. Dies ließ sich nicht realisieren. Die Abgrenzung einzelner zeitlicher Bereiche konnte nur für den jeweiligen Unterpunkt des Fragerasters erfolgen.

Die Forschungsgegenstände, Forschungsergebnisse und auch die Interpretation der Ergebnisse sind zeitabhängig. Eine jede Arbeit muss im Kontext ihrer

Entstehungsgeschichte betrachtet werden. Somit ist jeder Forschende in zweierlei Hinsicht ein Abhängiger: Er produziert die Wissenslandschaft seiner Zeit, aber er reproduziert sie auch.

Anhang

Nachdruck des Originaltextes von Michaelis

LUCINA

Eine Zeitschrift

zur Vervollkommnung der Entbindungskunde.

- 5 Herausgegeben von D. Elias von Siebold,
Sechsten Bandes Erstes und Zweites Stück. Marburg, 1810
In der Kriegerschen Buchhandlung.

II.

- 10 Geburtsgeschichten.

Von Hrn. Dr. G. Ph. Michaelis zu Harburg.

- Nur zu oft sieht sich der Geburtshelfer bei dem besten Willen außer Stande, besonders bei älteren Erstgebärenden oder bei jungen fetten Frauen, oder endlich bei überwiegender Größe des Kopfes und Breite der*
15 *Schultern den Damm unverletzt zu erhalten. In einigen Fällen sieht man die Unmöglichkeit voraus und in diesen Fällen ist nach meinen Beobachtungen ein Schnitt in den Damm das sicherste Mittel um die völlige Durchreißung zu hindern, denn nie sah ich den Schnitt weiter einreißen. – Folgender Fall leitete mich zuerst darauf, und bewieß so*
20 *augenscheinlich, daß der Schnitt nicht weiter reißt, daß ich ihn einer Bekanntmachung werth halte.*
Mad. B. eine Erstgebärende von starkem Körper, sehr vollblütig, hatte die 30 schon passirt, als sie schwanger ward. Sie bekam den 17. April 1799 Nachmittags um 4 Uhr Wehen. Bei dem weiten Becken sank der Kopf
25 *schnell in das kleine Becken, die Gebärmutter öffnete sich leicht und um halb 7 Uhr sprengte die Hebamme die Blase, welche stark vorgetrieben war, worauf der Kopf sogleich zum Einschneiden kam. Aber hierbei blieb es ohnerachtet der heftigsten Wehen, weil die weichen äußeren Geburtstheile ungemein eng und rigide waren. Da es nach drei Stunden*
30 *noch eben so stand, so verlangte man meine Hülfe.*
Ich fand die Kreissende in einem wahren Nothstuhl mit ganz gerader Lehne, die dicht an der Wand stand mit sehr rothem Gesichte, sehr vollem schnellen Pulse und guten hinreichenden Wehen. Die Untersuchung zeigte mir den Kopf im Einschneiden mit einer sehr ansehnlichen
35 *Geschwulst. Diese Geschwulst ließ mich nicht gleich die Lage des Kopfes deutlich erkennen, aber später zeigte es sich, daß die große Fontanelle*

vorlag und das Gesicht nach dem Kreuzbeine stand, also eine sehr
 normale Stellung. Der Damm war ungeheuer angespannt, rigide und bei
 der leisesten Berührung sehr schmerzhaft. Aber demohngeachtet linderte
 40 selbst im wehenfreien Zustande eine Unterstüttzung die Schmerzen
 desselben. Die Oeffnung der äußeren weichen Geburtstheile fand ich von
 der hinteren Commissur bis unter den Schaambeinbogen keine zwei Zoll,
 und selbst bei den kräftigsten Wehen und bei meinem Bestreben den
 45 Damm, indem ich ihn unterstützte, zugleich zurück zu schieben und den
 Kopf heraus zu heben, erweiterte sich die Oeffnung eben so wenig
 allmählig, wie durch einen Riß. Alle Versuche den Damm durch fettige
 Sachen schlüpfriger und nachgiebiger zu machen, waren vergeblich. Ich
 wollte deshalb versuchen, durch zwei in den Mastdarm gebrachte Finger
 den Kopf heraus zu heben, aber wie sehr erstaunte ich, als ich statt im
 50 Mastdarm zu seyn die nackte Unterkinnlade des Kindes berührte. Ich
 untersuchte nun, wo ich war und fand am hinteren Theile des Perinäi
 einen Riß von wenigstens $\frac{3}{4}$ Zoll, hinter demselben den Mastdarm
 unverletzt. Ein Versuch den Kopf, auf den ich nun ungehindert wirken
 konnte, aus den Geburtstheilen durch eine Drehung um den Hinterkopf zu
 55 entwickeln, war wegen des Druck gegen die Schooßknochen für die
 Kreissende zu empfindlich.
 Hier stand deshalb nichts bevor als eine völlige Durchreißung des
 Dammes, der schon in einem beinahe dem Brande nahen Zustande war.
 Um diesen unangenehmen Fall zu verhüten, und um die schlimmen
 60 Folgen des schon so lang gedauerten Druckes zu vermeiden, sah ich nur
 ein Mittel, nämlich die Einschneidung des Dammes von vorne bis auf den
 Punkt, daß der Kopf ungehindert durch konnte. Dieß that ich sogleich mit
 dem Pottschen Bistouri ohne lange zu zögern, und nachdem ein Schnitt
 von ungefähr der Länge eines Zolles gemacht war, von dem die
 65 Kreissende kaum Empfindung hatte, ward sogleich der Kopf geboren, um
 dessen Hals die jedoch hinreichend lange Nabelschnur geschlungen war.
 Der Rumpf folgte sogleich nach, ohne daß der Damm weiter eingerissen
 wäre.
 Zwischen dem Schnitt und dem hinteren Riß blieb noch eine Brücke von
 70 wenigstens einem Zoll Breite. Die Nachgeburt erfolgte bald und die
 Entbundene ward ohne weitere Zufälle zu Bette gebracht.
 Das fernere Schicksal der Wöchnerinn und die Behandlung, da sie hier
 nicht mehr hergehören, will ich nur kurz anführen. Ich suchte den hinteren
 Riß durch streng beobachtete Reinlichkeit, wozu ich mich der
 75 Einsprützungen von Chamillenabsud durch die Scheide und des
 Abzapfens des Urins bediente, und durch stetes Aneinanderhalten der
 Schenkel, wobei für einen Geübten das Einbringen des Catheters nicht
 beschwerlicher ist, bald möglichst zu heilen. Die Heilung des gemachten
 Schnittes wollte ich aber bei der ungemeinen Enge der weichen
 80 Geburtstheile nicht befördern, weil bei einer künftigen Niederkunft die
 Narbe nur noch mehr Hindernisse gegeben haben würde. Als ich am 20.
 April die Beschaffenheit der Geburtstheile bei einer Seitenlage genauer
 untersuchte, zeigt mir der an mehreren Stellen an den großen
 Schaamlippen und dem Damme entstandene Brand, daß ich sicher nicht
 85 nöthig hatte eine Heilung des Schnittes zu besorgen, und nur dafür sorgen
 mußte, die gerissene Wunde, die auch brandig war zu heilen. Auch fand
 ich bei dieser Untersuchung Koth ohne Wissen der Wöchnerinn

abgegangen, ob sie gleich versichert hatte, sie könne die sie häufig
quälenden Winde zurück halten. Ich verband die brandigen Stellen mit
90 Zitronensaft, machte Einspritzungen von Chinadecoct mit
Myrrhenauflösung und trennte am anderen Tage mehrere brandige Stellen
mit dem Messer und der Scheere. Auch ließ ich ein Clystier geben, um
den Stuhlgang zu befördern. Hierbei schien es, als wenn etwas vom
Clystier aus der Oeffnung der Scheide wieder abflöße. Aber eine genaue
95 Untersuchung zeigte mir, daß keine Communication zwischen der Scheide
und dem Mastdarm sich finde, und es ergab sich, daß bei dem
Zusammen- und Zurückziehen des Mastdarms etwas durch den vor den
Mastdarm kommenden Riß in die Scheide gelaufen sey. – Ich verband die
brandigen Stellen nun mit Ung. de Styrace, Sp. terebinth. und Pulv. Cort.
100 Peruv. worauf sich bis zum 25. April alles brandige abgesondert hatte. Der
Riß war aber erst den 4. May völlig geheilt. Während dieser Zeit bekam
die Wöchnerinn eine Pneumonie, die wiederholte Aderlässe erforderte.
Schwanger ist sie seit der Zeit nicht wieder geworden.

105 **Nachtrag.**

Ich konnte nicht erwarten, als ich die Entbindungsgeschichte der Mad. B.
zum Abdruck überschickte, daß sich nach zehn Jahren bei einer
abermaligen Schwangerschaft und Entbindung derselben eine
110 Gelegenheit zu interessanten Bemerkungen darbieten würde, und daß die
dort vorgeschlagene Methode, den Riß des Dammes durch einen
Einschnitt desselben zu verhüten, an demselben Individuo, am welchen
ich diese Operation zuerst machte, aufs neue würde bestätigt werden. Ich
erwartete dieß um so weniger, da mir bei einer vorgenommenen
115 Untersuchung die weichen Theile diesmal kein Hinderniß bei der Geburt
darzubieten schienen, und da sich auch bei so weit verbreiteten Brande,
nach der ersten Entbindung, keine so vollkommene Heilung und
Wiedervereinigung des Dammes erwarten ließ, wie sie sich bei dieser
zweiten Entbindung zeigte.

120 Den 19. Febr. 1809 wurde ich nach 7 Uhr gerufen, als ich noch nicht
aufgestanden war. Während dem Anziehen kam schon ein zweiter Bote
und auf der Straße begegnete mir der Mann als dritter. Bey dem übrigens
sehr weit gebaueten Becken durfte ich eine schnelle Entbindung mit Recht
erwarten und hatte sie auch voraus gesagt, um so mehr, da auch das
125 erste Mal mir die zu engen äußeren Geburtstheile die Entbindung
verzögert hatten. Ich eilte deshalb und trat mit dem Schlag halb 8 Uhr in
das Haus.

Die Wehen waren ziemlich heftig und bei einer Untersuchung fand ich den
Kopf mit dem Hinterhaupte und den Scheitelbeinen etwas links schon in
130 das kleine Becken herabgetreten, den Muttermund völlig zurückgezogen
und die Häute noch ohne Wasser fest an den Kopf liegen, so daß ich im
ersten Augenblick glaubte, die Wasser wären schon abgeflossen. Da die
Wehen in sehr kurzen Zwischenräumen wieder kamen und die Geburt bei
vorherigen gelinden Wehen schon so weit vorgeschritten war, so schlug
135 ich den Stuhl auf, und ließ die Kreissende darauf Platz nehmen. Nach
ungefähr einer halben Stunde hatten sich die Wasser gestellt, und die
Blase sprang, da die Häute sehr dünn waren, bey einem gelinden Druck

mit dem Finger. Aber es war nur sehr wenig Wasser darin enthalten. Der Kopf stieg nun allmählig aber auf die normalste Weise, bis zu den äußeren Geburtstheilen herab und die selbst dann noch fortdauende große Beweglichkeit des Kopfes, die große Weicheit der Knochen des Kopfes, die sehr großen Fontanellen duften mich einen ungehinderten Durchgang durch die weichen Theile hoffen lassen. Dieser sehr bewegliche Stand des Kopfes, ob er sich gleichwohl nicht freiwillig zurückzog, der aber doch noch fortdauerte, als schon das Hinterhaupt aus den Geburtstheilen trat, konnte wohl eine Umschlingung argwöhnen lassen, vorzüglich da einige Wehen schnell mit Schmerzen aufhörten, aber ein großes Hindernis konnte sie bei der Geburt nicht abgeben, da der Kopf nie freiwillig zurück trat. Aber als nun selbst der Kopf bis an die Stelle heraus getreten war, die ich für die große Fontanelle hielt, leistete der Damm bei den heftigsten Wehen den größten Widerstand, ob ich gleich durch fettige Dinge auch den inneren Theil des Dammes schlüpfrig zu machen suchte, und die Geburt gieng nicht vorwärts. Bei längerer Dauer und stark andringenden Wehen konnte man einen Riß des Dammes, ohnerachtet der großen Weichheit des Kopfes und seiner so schönen Stellung, mit Sicherheit voraussehen.

Ich untersuchte die Beschaffenheit des Dammes schon vorher genau. Merkwürdig war die so vollkommene Heilung und Vereinigung desselben, der so viel gelitten hatte, von hinten eingerissen, von vorne eingeschnitten, und darauf brandig geworden war. Die gegenwärtige Weite des Scheideneinganges hätte man wirklich auch noch bei einer Erstgebärenden für klein halten müssen, und dabei war der Damm dem Anschein nach in einem solchen Zustande der Integrität, der manchen bei einer flüchtigen Untersuchung und ohne die vorhergehenden Umstände zu kennen, verführen konnte, die Frau für eine Erstgebärende zu halten. Es hatte sich wirklich etwas der hinteren Commissur ähnliches gebildet, welches noch auffallender bei dem Schnitt ward, den ich nachher zu machen genöthigt war. Der Damm hatte bis zum Orificio ani, als der Kopf in demselben stand, wenigstens noch die Breite von drittheil Zoll, also immer eine widernatürliche Größe. Er war durchaus nicht schwielig, sondern dünn und nachgebend. Nur fühlte man bei genauem Zufühlen sowohl auf der inneren als äußeren Fläche, eine feine Narbe, die etwas links lief, die wahrscheinlich von dem so schön geheilten Schnitt herrührte, ohnerachtet ich damals die Heilung vorsätzlich nicht beförderte, ja sie durch eingebrachte Plümaceaus anfangs zu verhindern suchte, und bei den so durchaus widrigen Umständen, so trefflich geheilt war. Was für ein redender Beweis für meine Behauptung, daß der Schnitt das sicherste Mittel sey, das Durchreißen des Damms zu verhüten und allen damit verbundenen Nachtheilen vorzubeugen. Ich kann deshalb allen meinen Collegen nicht dringend genug empfehlen, doch in jedem Falle, wo sie eine Geburt nicht ohne Zerreißen des Dammes zu beenden befürchten müssen, sogleich ihre Zuflucht zum Messer zu nehmen. Die wenigen Schmerzen stehen in gar keinem Verhältniß mit dem dadurch erhaltenen Vortheil, und können den Schmerzäußerungen der Kreissenden zu Folge, auch nicht mit den gelindesten Wehen verglichen werden, viel weniger einer heftigen, deren Zahl sogleich gemindert wird, da das Kind bald nach dem Schnitt geboren wird, und unterläßt man den Schnitt, so leidet die Frau an dem größeren Schmerz vom Durchreißen doch unfehlbar.

190 Da ich nun unter den angegebenen Umständen durchaus keinen Ausweg
sahe, die Frau ohne Einreißung des Dammes zu entbinden, indem noch
ein großer Theil der Scheitelbeine und die Stirn zu entwickeln war, und
sich die weichen Knochen des Kindes, die schon eine völlige Spitze
bildeten, nicht noch mehr übereinander schieben konnten, auch das
Uebereinanderschieben hauptsächlich nur den kleinen Durchmesser
195 vermindern konnte, so entschloß ich mich nach reiflicher Ueberlegung
nochmals zum Schnitt, um den die Kreissende, schon vor einer halben
Stunde, flehentlich gebeten hatte.
Ich machte den Schnitt mit dem geknöpften krummen Bistouri etwas über
einen halben Zoll lang. Nach dem Schnitt zeigte sich die innere Haut wie
200 eine Falte, die aber nicht so straff war, um mich befürchten zu lassen, daß
sie ein Hinderniß abgeben würde. Aber durch diese Falte ward die
Täuschung, als habe ich eines der Schaamlippenbändchen durchschnitten
noch größer. Bei der zweiten Wehe nach dem Schnitt kam nun der Kopf
ohne alle weitere Verletzung der Frau durch die weichen Theile, und ihm
205 folgten sogleich die Schultern. Der Nabelstrang war einmal um den Hals
geschlungen aber lang genug, um demohngeachtet die völlige Entbindung
des Kindes zu gestatten. Auch erfolgte weder vorher noch gleich darauf
eine Blutung, die auf eine vorherige Trennung der Nachgeburt durch einen
Zug an der Nabelschnur hätte schließen lassen. Die völlige Trennung der
210 Nachgeburt erfolgte nach einer Viertelstunde und ich fand sie nach
beendigten Geschäfte der Reinigung des Kindes in der Scheide, und um
halb 10 Uhr war das ganze Geburtsgeschäft vollendet und auch schon
das Einhacken des Stuhls besorgt, so daß ich keine zwei Stunden bei der
Kreissenden zubrachte, und ich meine Vorhersagung einer schnellen und
215 glücklichen Geburt erfüllt sah. Wie sehr mich dieser glückliche Ausgang
freuete, wird jeder leicht beurtheilen, der schon einmal selbst in der Lage
gewesen ist, in einem seltenen Falle zu einer neuen Handlungsweise
greifen zu müssen, und durch den glücklichen Erfolg, selbst an einem
Subjekte zweimal, berechtigt wird, diese Methode anderen mit Vertrauen
220 auf seine gute Sache zu empfehlen, und sie als ein sicheres Mittel in
einem Falle zu empfehlen, dessen unglücklicher Ausgang so oft die
Gesundheit und Ruhe einer Mutter, und das glückliche Band der Ehe
störte, und die höchsten sinnlichen Genüsse in die ekelhafteste
Handlung verwandelte.

Primärliteraturverzeichnis:

- Anders, F.: Die mediane Episiotomie nach Küstner. Breslau, Med. Fak., Inaug. Diss. 1911.
- Beermann, A.: Die Zange, Über den Einfluß auf die Schädigung von Beckenboden und Damm und die Bedeutung der Episiotomie. Freiburg i. Breisgau, Med. Fak., Inaug. Diss. 1923.
- Bergmann, A.: Über die chirurgische Versorgung geburtshilflicher Dammverletzungen aller Grade in Lokalanästhesie. Frankfurt, Med. Fak., Inaug. Diss. 1964.
- Bernard, B.: Objektive und subjektive Folgen von Geburten mit und ohne Episiotomie. Würzburg, Med. Fak., Inaug. Diss. 1995.
- Bleckmann, A.: Vergleich zwischen mediolateraler Episiotomie und kompletter Perineotomie. Tübingen, Med. Fak. Inaug. Diss. 1985.
- Bode, P.: Die Prognose des Dammrisses und des Dammschnittes bei der Gebärenden. Düsseldorf, Med. Fak., Inaug. Diss. 1934.
- Brecht, P.: Über Prophylaxe und Therapie der Damm- und Scheidenrisse. Berlin, Med. Fak., Inaug. Diss. 1886.
- Brüser, D.: Unterschiede in der Frequenz der Dammverletzungen bei der Geburt. Marburg, Med. Fak., Inaug. Diss. 1958.
- Ditten, O.: Beitrag zur Kenntnis des veralteten totalen Dammrisses. Jena, Med. Fak., Inaug. Diss. 1896.
- Faehling-Haug, U.: Vergleich zwischen medianer und mediolateraler Episiotomie. Tübingen, Med. Fak., Inaug. Diss. 1991.
- Frenzel, M.: Prospektive klinische Untersuchungen und Befragungen bei Patientinnen mit und ohne Episiotomie, Scheiden- und Dammrissen. Berlin, Med. Fak., Inaug. Diss. 1991.
- Friese, C.: Untersuchung über Vorkommen und Häufigkeit von Dammverletzungen unter der Geburt. Göttingen, Med. Fak. Inaug. Diss. 1950.
- Gutmann, A.: Über Prophylaxis der Dammruptur. Würzburg, Med. Fak., Inaug. Diss. 1886.
- Hennemann, J.: Dammschutz und Episiotomie. Düsseldorf, Med. Fak., Inaug. Diss. 1936.
- Hensler, O.H.: Die heutigen Dammschutzverfahren im Anschluss an die ätiologischen Momente der Dammrisse. Strassburg, Med. Fak., Inaug. Diss. 1894.
- Hopfner, W.: Zur Klinik des Dammschnittes in der heutigen Geburtshilfe. Heidelberg, Med. Fak., Inaug. Diss. 1968.
- Illgner, L.: Dammrisse und Episiotomien 1944/1945. Leipzig, Med. Fak., Inaug. Diss. 1949.
- Jacobson, S.: Über Prophylaxis der Dammruptur. Würzburg, Med. Fak., Inaug. Diss. 1887.
- Klages, W.: Heilungstendenzen der Episiotomie gegenüber dem Dammriss. Göttingen, Med. Fak., Inaug. Diss. 1913.
- Krüger, B.: Häufigkeit, Ursachen und Heilungsergebnisse von Weichteilverletzungen, insbesondere Dammschäden unter der Geburt. Berlin, Med. Fak., Inaug. Diss. 1969.
- Kun, B.: Die Vorteile und Nachteile der Episiotomie. Lucka (Leipzig) Med. Fak., Inaug. Diss. 1927.

- Linberger, A.: Über Damm- und Scheidenrisse, deren Prophylaxe und Therapie. Erlangen, Med. Fak., Inaug. Diss. 1896.
- Maas, W.: Die Zerreißung des mütterlichen Dammes während der Geburt, Ätiologie und Prophylaxe. Jena, Med. Fak., Inaug. Diss. 1890.
- Maleika, Ch.: Die Bedeutung der Episiotomie im Rahmen der geburtshilflichen Prophylaxe für Mutter und Kind. Göttingen, Med. Fak., Inaug. Diss. 1965.
- Meskendahl, I.: Mediolaterale oder mediane Episiotomie: ein Vergleich. Düsseldorf, Med. Fak., Inaug. Diss. 1990.
- Müller-Lenhartz, E.: Dammriss und Episiotomie. Leipzig, Med. Fak., Inaug. Diss. 1951.
- Obermüller, H.: Über Dammrisse und Dammschutz. Tübingen, Med. Fak., Inaug. Diss. 1892.
- Parascos, G.P.: Über Dammrisse. Würzburg, Med. Fak., Inaug. Diss. 1887.
- Pieroth, L.: Gegenüberstellung von langfristigen Komplikationen nach medianen Episiotomien mit Dammriss. Aachen, TH, Diss. 1995.
- Reinhard, H.: Betrachtungen über die an der Göttinger Uni-Frauenklinik von 1950 bis 1958 angewandten Arten von Episiotomien. Göttingen, Med. Fak., Inaug. Diss. 1961.
- Schraeder, M.: Dammschutz und Abhängigkeit der Geburtsverletzungen des Beckenbodens von der Ausführung des Dammschutzes. Münster, Med. Fak., Inaug. Diss. 1949.
- Smolinski, E.: Über das moderne Dammschutzverfahren. Würzburg, Med. Fak., Inaug. Diss. 1888.
- Steckenbiller, A.: Heilungsergebnisse nach Episiotomien. Tübingen, Med. Fak., Inaug. Diss. 1993.
- Tiedge, F.: Das Vorkommen von spontanen Dammverletzungen und Episiotomien bei verschiedenen Anästhesie- und Analgesieverfahren. Marburg, Med. Fak., Inaug. Diss. 1959.
- Weigel, E.: Mediane oder mediolaterale Episiotomie. Erlangen-Nürnberg, Med. Fak., Inaug. Diss. 1980.
- Wiemer, W-K.: Die Episiotomie im Spiegel der modernen Fachliteratur. München, Med. Fak., Inaug. Diss. 1938.
- Wild, K.: Der Einfluss der Tragzeitlänge auf das Vorkommen von Dammverletzungen. Marburg, Med. Fak., Inaug. Diss. 1958.
- Wildermuth, E.: Die mediane Episiotomie, ein Beitrag zur Prophylaxe und Therapie der Dammrisse. Frankfurt a.M., Med. Fak., Inaug. Diss. 1941.
- Willinger: Der Dammschutz bei der Geburt. Jena, Med. Fak., Inaug. Diss. 1889.

Liste der in die Untersuchung nicht aufgenommenen Arbeiten:

- Copony, L.: Vergleichende Studie über Früh- und Spätergebnisse nach transkutaner und intrakutaner Naht der mediolateralen Episiotomie. Düsseldorf, Med. Fak., Inaug. Diss. 1980.

(kein vollständiges Exemplar katalogisiert)

Dombrück, W.: Über frische und alte komplette Dammrisse. Münster, Med. Fak., Inaug. Diss. 1969.

(Dammschnitt oder Episiotomie nicht im Titel und kein eigenes Kapitel zu diesem Thema)

Faustmann, Th.: Die allmähliche Vervollkommnung der Dammschutzmethoden bis auf unsere Zeit. Gießen, Med. Fak., Inaug. Diss. 1851.

(Dammschnitt oder Episiotomie nicht im Titel und kein eigenes Kapitel zu diesem Thema)

Gaebler, E.: Über Weichteilverletzungen bei der Geburt. Königsberg, Med. Fak., Inaug. Diss. 1938.

(Dammschnitt oder Episiotomie nicht im Titel und kein eigenes Kapitel zu diesem Thema)

Jourdan, A.: Über Entstehung, Form, Lage und Bedeutung der Scheiden- und Dammrisse. Strassburg, Med. Fak., Inaug. Diss 1888.

(Dammschnitt oder Episiotomie nicht im Titel und kein eigenes Kapitel zu diesem Thema)

Klimt, F.: Dammrisse 3.Grades: Unter Berücksichtigung der Dauerergebnisse nach Naht bzw. Plastik auf Grund von Nachuntersuchungen. Rostock, Med. Fak., Inaug. Diss. 1954.

(Dammschnitt oder Episiotomie nicht im Titel und kein eigenes Kapitel zu diesem Thema)

Krauß, H.: Bildung eines Sarkoms im Bereich einer Episiotomienarbe. Erlangen, Med. Fak., Inaug. Diss. 1960.

(Episiotomie zwar im Titel aber kein eigenes Kapitel dazu)

Lechner, R.: Der complete Dammriß und seine Beurteilung in den einzelnen Zeiten. Leipzig, Med. Fak., Inaug. Diss. 1927.

(Dammschnitt oder Episiotomie nicht im Titel und kein eigenes Kapitel zu diesem Thema)

Magers, R.: Diagnostik und Therapie der gynäkologischen Harninkontinenz unter besonderer Berücksichtigung der prophylaktischen Episiotomien. Hamburg, Med. Fak., Inaug. Diss. 1983.

(kein eigenes Kapitel zur Episiotomie)

Marchmann, F.: Heilung von Dammrissen und Episiotomien bei Fieber unter der Geburt. Berlin, Med. Fak., Inaug. Diss. 1922.

(kein eigenes Kapitel zur Episiotomie)

Overbeck, P.: Über frische und komplette Dammrisse. Münster, Med. Fak., Inaug. Diss. 1958.

(Dammschnitt oder Episiotomie nicht im Titel und kein eigenes Kapitel zu diesem Thema)

Ploch, K.: Über das Giessener Dammschutzverfahren. Giessen, Med. Fak., Inaug. Diss. 1897.

(Dammschnitt oder Episiotomie nicht im Titel und kein eigenes Kapitel zu diesem Thema)

Skrzipek, M.: Welche Rolle spielen Dammverletzungen unter den zu Descensus und Prolapsen führenden Faktoren?
Marburg, Med. Fak., Inaug. Diss. 1960.

(Dammschnitt oder Episiotomie nicht im Titel und kein eigenes Kapitel zu diesem Thema)

Switalski, V.: Über Geburtsverletzungen der Vulva und Operationen bei komplettem Dammrisse. Halle, Med. Fak.,
Inaug. Diss. 1896.

(Dammschnitt oder Episiotomie nicht im Titel und kein eigenes Kapitel zu diesem Thema)

Thrull, R.: Zur Frage des kompletten Scheidendammrisses unter der Geburt: eine Analyse von 481 Dammrissen dritten
Grades. Berlin, Med. Fak., Inaug. Diss. 1975.

(Dammschnitt oder Episiotomie nicht im Titel und kein eigenes Kapitel zu diesem Thema)

Widmann, T.: Dammschädigungen bei Spontangeburt aus Deflexionshaltungen. Marburg, Med. Fak., Inaug. Diss.
1950.

(Dammschnitt oder Episiotomie nicht im Titel und kein eigenes Kapitel zu diesem Thema)

Zett, W.: Über die Dammrisse 2. bis 3. Grades und die Dammrisse 3. Grades der Jahre 1949 bis 1958 und deren
Heilung. Dresden, Med. Fak., Inaug. Diss. 1960.

(Dammschnitt oder Episiotomie nicht im Titel und kein eigenes Kapitel zu diesem Thema)

Zinnow, S.: Nachuntersuchungen an Frauen, die in den Jahren von 1935 bis 1955 in der Universitäts-Frauenklinik der
Freien Universität Berlin „Städtische Frauenklinik Charlottenburg“ an frischen oder alten Dammrissen dritten
Grades operiert worden sind. Berlin, Med. Fak., Inaug. Diss. 1960.

(Dammschnitt oder Episiotomie nicht im Titel und kein eigenes Kapitel zu diesem Thema)

Sekundärliteraturverzeichnis:

Allweiss, W.: Von der Disputation zur Dissertation. In: Dissertationen in Wissenschaft und Bibliotheken. Hrsg.: Jung,
R. und Kaegbein, P., München 1979.

Busch, D. W. H.: Lehrbuch der Geburtskunde. Ein Leitfaden bei der akademischen Vorlesung und bei dem Studium
des Faches. Marburg 1829.

Buschmann, C.: Das institutionalisierte Fragen. Preisschriften als Beiträge zu einer philosophischen
Argumentationsgeschichte der Aufklärung. Vortrag gehalten am 15. Mai 2000 in der Kolloquienreihe des
Preisschriftenprojektes am Forschungszentrum Europäische Aufklärung, Potsdam 2000.

Credé und Colpe: Ueber die Zweckmäßigkeit der einseitigen seitlichen Incision beim Dammschutzverfahren. Arch
Gynäkol 14 (1884) 148-168.

- David, M.: Wer erfand den Dammschnitt? Zur Geschichte der Episiotomie. In: Zentralbl Gynakol 115 (1993) 188-193.
- DeLee, J.B.: The prophylactic forceps operation. Am J Obstet Gynecol 1:34 (1920) Zitiert nach: Gisèle Steffen: Ist der routinemäßige, prophylaktische Dammschnitt gerechtfertigt? Überblick über neuere Forschungsarbeiten. Frankfurt a. M. 1992.
- Dörr, H.: Unsere Erfahrungen mit der Episiotomie. In: Zentralblatt für Gynäkologie 81 (1959) 2041- 2043.
- Duden, Band 5: Das Fremdwörterbuch. 5. neu bearb. und erw. Aufl., 1990.
- Fasbender, H.: Geschichte der Geburtshilfe. G.Olms Verlagsbuchhandlung, Hildesheim 1964.(Nachdruck, Original erschienen 1906 in Jena).
- Fischer, G.: Chirurgie vor 100 Jahren, Leipzig 1876.
- Fleck, L.: Entstehung und Entwicklung einer wissenschaftlichen Tatsache: Einführung in die Lehre vom Denkstil und Denkkollektiv. 4. Aufl., Frankfurt a. M. 1999.
- Flew, J.D.S.: Episiotomy. Br Med J 11 (1944) 620-623.
- Geyer-Kordesch, J.: Medizinische Fallbeschreibungen und ihre Bedeutung in der Wissensreform des 17. und 18. Jahrhunderts. In: MedGG Band 9.1990.
- Glasenapp, K.-H.: Mediane contra mediolaterale Episiotomie, ein Vergleich. In: Geburtsh. u. Frauenheilk. 33 (1973) 737-742.
- Glosemeyer, H./ Stockhausen, H.: Mediolaterale Episiotomie oder mediane Episiotomie? In: Geburtsh. u. Frauenheilk. 38 (1978) 34-37.
- Heintz, B.: Die Herrschaft der Regel. Zur Grundlagengeschichte des Computers. Frankfurt/ New York 1993.
- Heuvelmann, M.: Auf dem Weg zur Abschaffung der weiblichen Mutterschaft? Deutschsprachige akademische Gynäkologie 1920 bis 1939. Frankfurt a. M. 1999.
- Herrmann, M.: Schlafapnoe als Krankheitskonstrukt: die Mechanisierung und Medikalisierung des Schlafes. Frankfurt a. M. 1997.

Hirsch, H. A.: Episiotomie und Dammriß. Stuttgart 1989.

Hirsch, H. A.: Episiotomie und ihre Komplikationen, Z. Geburtsh. Neonatol. 201 (1997) 55-62.

Kant, I.: Beantwortung der Frage: Was ist Aufklärung? In: E. Bahr (Hg.): Was ist Aufklärung. Stuttgart 1974.

Kluge, F.: Etymologisches Wörterbuch der deutschen Sprache. Bearb. v. Walther Mitzka. 20. Aufl., Berlin 1967.

Koppitz, H.-J.: Ungehobene Schätze in unseren Bibliotheken. In: Dissertationen in Wissenschaft und Bibliotheken.
Hrsg.: Jung, R. und Kaegbein, P., München 1979.

Kräubig, H.: Betrachtungen zum methodischen Vorgehen bei Episiotomie. In: Deutsche Med. Wochenschrift 87 (1962)
1651-1653.

Kuhn, T. S.: Die Struktur wissenschaftlicher Revolutionen. Frankfurt a. M. 1967/ 1976.

Markowsky, A.: Wo ist vorteilhaft die Episiotomie zwecks Erhaltung der integrierenden Dammgebilde anzulegen.
Zentr bl Gynkol 28 (1910) 946-947.

Martius, G. (Hg.): Lehrbuch der Geburtshilfe, 12. Auflage. Stuttgart; New York 1988.

Metz-Becker, M. (Hg.): Hebammenkunst gestern und heute. Zur Kultur des Gebärens durch drei Jahrhunderte. Marburg
1999.

Michaelis, G. Ph.: Geburtsgeschichten. Lucina 6/1 (1810) 23-36.

Mikulicz-Radecki, F. von: Geburtshilfe des praktischen Arztes. Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte. Leipzig 1950.

Mursinna, Journal für Chirurgie, Arzneikunde und Geburtshülfe, Bd IV. St. III. Pag 150. Berlin 1812.

Nawrock, P.: Salutas-Lexikon Gynäkologie. München 1993.

Neumann, J.: Der historisch-soziale Ansatz medizinischer Wissenschaftstheorie von Ludwik Fleck (1896- 1961). In:
Sudhoffs Archiv, Band 73, Heft 1 (1989).

Osiander, F. B.: Handbuch der Entbindungskunst. Zweiten Bandes erste Abteilung. Tübingen 1820.

Ould, F.: A Treatise of midwifery. Dublin 1742.

Pschyrembel: Klinisches Wörterbuch. 256. Auflage, Berlin 1990.

Rheinberger, H.-J.: Experimentalsysteme und epistemische Dinge. Eine Geschichte der Proteinsynthese im Reagenzglas. Göttingen 2001

Ritgen, F.A.: Anzeigen der mechanischen Hülfen bei Entbindungen. Gießen 1820.

Sanjosé, A.: Die Deutschen Klassiker. CD-ROM. X·Libris, München 1995.

Scanzoni, Fr. W.: Die geburtshilflichen Operationen. Wien 1852.

Schlünder, M.; Tammen, A.; Graf, E.; Mutter, K.; Hesper, S.: Werkstatt des Möglichen: Ludwik Fleck. Entstehung und Anliegen der Ausstellung. In: Birgit Griesbeck (Hrsg.) ... was überhaupt möglich ist- Zugänge zum Leben und Denken Ludwik Flecks im Labor der Moderne. Materialien zu einer Ausstellung. Max-Planck-Institut für Wissenschaftsgeschichte, Berlin 2002.

Schlömer, G.; Groß, M.; Meyer, G.: Effektivität der liberalen vs. der restriktiven Episiotomie bei vaginaler Geburt hinsichtlich der Vermeidung von Harn- und Stuhlinkontinenz: eine systematische Übersicht. WMW 11/12/2003 269-275.

Schlumbohm, J.: „Die edelste und nützlichste unter den Wissenschaften“: Praxis der Geburtshilfe als Grundlegung der Wissenschaft, ca. 1750 – 1820. In: Wissenschaft und kulturelle Praxis, 1750-1900. Hrg. H. E. Bödecker, P. H. Reill u. J. Schlumbohm, Veröffentlichungen des Max – Planck - Instituts für Geschichte 154, Göttingen, 1999.

Schultze, B. : Über Erhaltung und Zerreißung des Dammes bei der Geburt. In: Verhandlungen der Gesellschaft für Geburtshilfe in Berlin, Sitzung vom 8. Juni 1858. In: Monatsschr. f. Geburtsk. 1858, Bd XII *Heft 4*.

Seidel, H.-Chr.: Eine neue „Kultur des Gebärens“. Die Medikalisierung von Geburt im 18. und 19. Jahrhundert in Deutschland. MedGG-Beihefte 11, Stuttgart 1998.

Siebold, E. von: Annalen der klinischen Schule an der Großherzoglichen Entbindungsanstalt zu Würzburg des Jahres 1807. *Lucina 6/1* (1810) Anhang.

Semm, K. (Hg.): Die Kieler Universitätsfrauenklinik und Michaelis-Hebammenschule 1805 – 1980. Eine medizinhistorische Studie zum 175jährigen Bestehen. Stuttgart 1980.

Sleep, J., et al.: Brit. med. J. 289 (1984) 587 zit. n. Hans A. Hirsch: Episiotomie und Dammriss. Stuttgart 1989.

Stauber, M.: Gynäkologie und Geburtshilfe. Stuttgart 2001.

Steffen, G.: Ist der routinemäßige, prophylaktische Dammschnitt gerechtfertigt? Überblick über neuere Forschungsarbeiten. Frankfurt a.M. 1992;

Stoeckel, W.: Lehrbuch der Geburtshilfe. 3. Auflage, Jena 1930.

Sudhoff, K.: Kurzes Handbuch der Geschichte der Medizin. Berlin 1922, Reprint.

Thacker, St. B.; Banta, H.D.: Benefits and risks of episiotomy: An Interpretative review of the english language literature, 1860- 1980. Obstst Gynecol Surv. 38 (1983) 322-338.

Wenderlein, J. M. und Merkle, E.: Beschwerden infolge Episiotomie. Geburtsh. u. Frauenheilk. 43 (1983) 625-628.

Wigand, J.H.: Die Geburt des Menschen. 2. Aufl. Berlin 1839.

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Zeitliche Einordnung der gefundenen Titelkategorien	24
Abbildung 2: Jahr der Veröffentlichung	25
Abbildung 3: zeitliche Einordnung der Verwendung von Statistik ..	27
Abbildung 4: zeitliche Einordnung der in den Arbeiten genannten Indikationen	31
Abbildung 5: zeitliche Einordnung der Argumente für das Schneiden einer Episiotomie	35
Abbildung 6: zeitliche Einordnung der Argumente gegen das Schneiden einer Episiotomie	38
Abbildung 7: Anatomie der Dammregion	39
Abbildung 8: Schnittrichtung mediale und mediolaterale Episiotomie	40
Abbildung 9: zeitliche Einordnung der Häufigkeit in der Praxis	49
Abbildung 10: zeitliche Einordnung der Schnittrichtung der Episiotomie in der Praxis	51
Abbildung 11: Titelblatt des Artikels	62
Abbildung 12: Titelblatt der Zeitschrift „Lucina“	63

Die Filmnegative des Titelblattes der Zeitschrift „Lucina“ und des Titelblattes des Artikels wurden mir freundlicher Weise von M. David überlassen.

Danksagung

An dieser Stelle möchte ich mich bei Herrn Prof. Dr. Joachim W. Dudenhausen für die Überlassung des Themas und bei Herrn PD Dr. Matthias David für die fortwährende Motivation bedanken.

Eine große Hilfe waren mir die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Staatsbibliothek Berlin und der Universitätsbibliothek der Humboldt-Universität Berlin bei der Suche nach den Dissertationen. Mein Dank geht auch an Kristina Rupp für die Übersetzung eines altlateinischen Textabschnittes, an Dr. Bill Rebiger für die Anregung bei der Suche nach dem Original von Sir Fielding Ould in einer Londoner Bibliothek und an Dr. Jana Sachsinger für den Weg in die Wellcome Library und für das geduldige und fortwährende Korrekturlesen und Debattieren. Einen bedeutenden Anteil an der Begründung und inhaltlichen Ausrichtung der Diskussion hat Martina Schlünder. Sie stellte mir umfangreiches Material zu Ludwik Fleck und seiner Rezeptionsgeschichte zur Verfügung. Diese Arbeit wäre ohne die Unterstützung bei der Kinderbetreuung durch meinen Mann Tobias Nahlik nicht zustande gekommen. Seinem liebevollen Unmut über die lange Bearbeitungszeit ist die Fertigstellung zu verdanken.

Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre hiermit an Eides Statt, dass ich die vorliegende wissenschaftliche Arbeit selbst und ohne die unzulässige Hilfe Dritter verfasst habe. Die Arbeit stellt keine Kopie anderer Arbeiten dar und alle benutzten Hilfsmittel sowie die Literatur sind vollständig angegeben.

Lebenslauf

PERSÖNLICHE DATEN

Name: Constance Nahlik, geborene Arendt
Geburtsdatum: 20. Februar 1974
Geburtsort: Dessau

SCHULAUSBILDUNG

1980-1990: 3. Oberschule in Dessau (Zehnklassenabschluss)
1990-1992: 1. Gymnasium „Philanthropinum“ in Dessau
26.06.1992: Abitur

HOCHSCHULAUSBILDUNG

1992-2001: Medizinstudium in Leipzig, Würzburg und Berlin
3/1995: Ärztliche Vorprüfung
8/1996: Erster Abschnitt der Ärztlichen Prüfung
4/1999: Zweiter Abschnitt der Ärztlichen Prüfung
10/2001: Dritter Abschnitt der Ärztlichen Prüfung

BERUFSTÄTIGKEIT

04/2002 bis 03/2003: Tätigkeit als Ärztin im Praktikum in der
Universitätsfrauenklinik Charité, AG Bioinformatik, Projekt „Meducase –Multimedia in der
Lehre“
seit 08/2005: Tätigkeit als wissenschaftliche Mitarbeiterin im Prodekanat für Studium und
Lehre, Projekt „ELWIS-MED“, Bereich Reformstudiengang Medizin der Charité,
Universitätsmedizin Berlin

WEITERE QUALIFIKATIONEN

03/2003- 03/2005: Fernstudium „Medien und Bildung“ an der Universität Rostock,
Abschluss mit dem „Master of Arts“

NEBENTÄTIGKEITEN

Honorarmitarbeiterin der Evangelischen Akademie Berlin/ Brandenburg,
Dozentin für Ärztliche Gesprächsführung am Institut für Allgemeinmedizin der Charité

Berlin, den 29. Mai 2006